

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Posttraumatický stres a růst u přeživších holocaustu
a jejich rodin**

Posttraumatic Stress and Growth in Holocaust Survivors
and their Families

Adéla Tanzerová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Praha 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Posttraumatický stres a růst u přeživších holocaustu a jejich rodin vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 30. června 2018

Adéla Tanzerová

.....

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD. za odborné vedení této práce, zprostředkování sběru dat, podnětné připomínky a trpělivost. Dále děkuji Mgr. Aleně Škaloudové, Ph.D., PhDr. Miroslavu Klusákovi, CSc. a doc. PhDr. Miloši Kučerovi, CSc. za odborné konzultace. Mé poděkování patří také mé rodině a přátelům za trpělivou podporu, bez níž by tato práce nemohla vzniknout, zajímavé podněty a čas věnovaný korekturám. Děkuji Paulovi za neustálé dodávání motivace a inspirace. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich čas a ochotu.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá dlouhodobými dopady holocaustu na generaci přeživších i na jejich potomky.

V teoretické části jsou nejdříve definovány pojmy stres a trauma. Dále jsou nastíněny možné reakce jedince na silně stresující události i dotazníkové metody, jimiž lze míru traumatizace zjistit. Následně je pozornost věnována posttraumatickému růstu a to především v pojetí L. G. Calhouna a R. G. Tedeschiho, jež zahrnuje pět růstových oblastí. Krátce je zmíněna i možnost facilitování posttraumatického růstu a dotazník, který umožňuje zjistit míru rozvoje pozitivní změny po prožitém traumatu. Dále je stručně zachycena komplexita holocaustu a charakterizovány jednotlivé generace přeživších holocaustu i jejich potomků a prapotomků. Závěrem je pozornost věnována výzkumům, které se týkají mezigeneračního dopadu traumatu.

Empirická část této práce se věnuje mapování konkrétních aspektů posttraumatického stresu a růstu u přeživších holocaustu a jejich potomků. Data byla získána prostřednictvím Dotazníku posttraumatického stresu (PCL-C) a Dotazníku posttraumatického růstu (PTGI) a následně zpracována kvantitativní metodologií. Ukázalo se, ve shodě s dalšími výzkumy, že se u přeživších holocaustu a jejich potomků vyskytuje vyšší míra posttraumatického stresu i růstu a mezi oběma fenomény existuje lineární závislost. Tato zjištění byla ilustrována. These findings were completed by kazuistikami dvou respondentek – přeživší holocaustu a její dcery – které zachycují konkrétní dopady traumatu i jejich přeměnu v růstové tendence.

Klíčová slova:

posttraumatický stres, posttraumatický růst, reakce na stres, trauma holocaustu, přeživší holocaustu, mezigenerační přenos traumatu.

Annotation

This master's thesis focusses on long-term effects of the Holocaust on the generation of survivors as well as on their offspring.

Firstly, the theoretical part defines the terms 'stress' and 'trauma'. This is followed by an outline of possible reactions to severely stressful situations as well as questionnaires that can be used to measure the levels of traumatization. Afterwards, attention is focused on the phenomenon of posttraumatic growth, mainly based on the perspectives of L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi who identify five domains of growth. The possibility of facilitating posttraumatic growth is briefly mentioned alongside with one inventory that can be used to measure the extent of positive change following traumatic experiences. Furthermore, the complexity of the Holocaust is discussed and generations of the Holocaust survivors and their offspring are characterised. In conclusion, attention is drawn to the studies that are concerned with the transgenerational transmission of trauma.

The empirical component of the thesis is dedicated to the mapping of specific aspects of posttraumatic stress and growth in Holocaust survivors and their offspring. This data was collected by using a PTSD CheckList (PCL-C) and a Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), and afterwards was processed by quantitative methodology. In accordance with other studies, the thesis concludes that Holocaust survivors and their offspring have higher levels of posttraumatic stress and growth and that linear dependence exists between these two phenomena. These findings were illustrated with case studies of two respondents – a Holocaust survivor and her daughter – both of which capture specific examples of trauma as well as its conversion into growth tendencies.

Key words:

posttraumatic stress, posttraumatic growth, reactions to stress, Holocaust trauma, Holocaust survivors, transgenerational transmission of trauma.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část	9
1 Stres a reakce na stres.....	9
1.1 Stres.....	9
1.2 Traumatická událost.....	9
1.3 Osobnost a traumatická událost	11
1.4 Reakce na traumatickou událost	12
1.5 Akutní reakce na stres	13
1.6 Posttraumatická stresová porucha	14
1.7 Posttraumatická stresová porucha u dětí	17
1.8 Hodnocení dopadu události pomocí vybraných dotazníků	18
2 Posttraumatický růst	21
2.1 Vývoj konceptu posttraumatického růstu	21
2.2 Posttraumatický růst v pojetí L. G. Calhouna a R. G. Tedeschiho	22
2.3 Širší pohled na posttraumatický růst.....	24
2.4 Facilitování posttraumatického růstu	27
2.5 Dotazník posttraumatického růstu	29
3 Holocaust jako traumatická zkušenost napříč generacemi	32
3.1 Holocaust z historické perspektivy	32
3.2 Holocaust jako subjektivní zkušenost.....	34
3.3 První generace – přeživší	37
3.4 Druhá generace	41
3.5 Třetí generace.....	44
3.6 Mezigenerační přenos traumatu	45
3.7 Trauma holocaustu napříč generacemi	48

Empirická část.....	52
4 Charakteristika výzkumu.....	52
4.1 Cíle.....	52
4.2 Prostředí výzkumu	53
4.3 Výzkumný soubor	54
4.4 Sběr dat a administrace dotazníků	55
4.5 Etické otázky výzkumu.....	56
4.6 Metody sběru dat.....	56
4.6.1 Kvantitativní metody	56
4.6.2 Kvalitativní metody	57
4.6.3 Použité metody.....	57
5 Výsledky kvantitativního výzkumu	58
5.1 Test normality	58
5.2 Dotazník PCL-C.....	58
5.3 Dotazník PTGI.....	60
5.4 Jednotlivé oblasti PTG	63
5.5 Vztah mezi dotazníky PCL-C a PTGI.....	65
6 Případové studie	67
6.1 Případová studie – Anna	67
6.2 Případová studie – Lucie.....	79
7 Diskuze.....	93
Závěr	97
Seznam literatury	99
Seznam příloh	106

Úvod

Stres je fenomén, který se v životě jedince může objevit v různé intenzitě a četnosti, jedinec na něj reaguje individuálně. Silně stresující událost můžeme nazvat traumatickou, zraňující. Takové momenty nechají v jedinci stopu na psychické nebo fyzické rovině. Reakce na trauma je ovlivněna různými faktory – samotnou stresující událostí (intenzita, hloubka, délka, nepředvídatelnost, přítomnost lidského faktoru atd.) i jedincem, který je takové situaci vystaven (osobnostní dispozice, psychické a fyzické zdraví, některé vlastnosti – např. odolnost atd.).

Trauma s sebou obvykle nese negativní konotaci, přesto může být podnětem či podkladem pro něco pozitivního, jak je např. vyjádřeno v lidovém rčení „Co tě nezabije, to tě posílí.“. Této pozitivní změně, která následuje po prožití něčeho těžkého, se věnuje několik vědeckých konceptů, v této diplomové práci budu vycházet z teorie posttraumatického růstu R. G. Tedeschiho a L. G. Calhouna (2004).

Jedním z největších a nejkompexnějších traumat, kterým mohl být jedinec vystaven, je holocaust. Tato událost z první poloviny 20. let nemá v dějinách obdoby v rozsahu, délce, systematickosti a důslednosti likvidování určitých skupin obyvatelstva a v přeživších musela zanechat stopy traumatizace.

Tato diplomová práce si klade za cíl na dalších stránkách zmapovat hladinu stresu a růstu u přeživších holocaustu, jejich potomků a prapotomků.

Nejdříve bude prozkoumána hladina traumatizace u přeživších holocaustu a dalších generací. Na základě kvantitativních dat bude tato hladina posttraumatického stresu u jedinců zatížených stopami holocaustu porovnána s kontrolní skupinou, která tomuto traumatu vystavena nebyla.

Následně bude věnována pozornost fenoménu posttraumatického růstu a míře jeho výskytu napříč zmíněnými třemi generacemi. Budou hledána specifika, tj. konkrétní oblasti, posttraumatického růstu a jeho souvislosti s hladinou traumatizace.

Kvantitativní část této práce bude doplněna a ilustrována dvěma případovými studiemi, které budou mapovat konkrétní dopady holocaustu a dalších traumat na život přeživší a její dcery. Dále se bude práce zabývat detailnější analýzou posttraumatického růstu u těchto vybraných respondentek a případnými mezigeneračními souvislostmi v jejich životech.

Teoretická část

1 Stres a reakce na stres

1.1 Stres

Stres byl poprvé popsán roku 1949 kanadským lékařem Hansem Selyem. Od té doby vzniklo mnoho výzkumů na téma stresu a mnoho definic tohoto termínu. Mareš (2012) uvádí tři hlavní teoretické přístupy, které definují stres: stres jako vnitřní reakce organismu, stres jako vnější podnět pro organismus a stres jako vzájemné působení (transakce) mezi organismem a prostředím (Mareš, 2012). Například R. S. Lazarus, představitel třetího proudu, definuje stres jako „ohrožení organismu v důsledku nadměrných požadavků na fyziologické a psychické adaptační rezervy“ (Vizinová, Preiss, 1999, str. 15).

Selye rozlišil stres na dva typy: *distres* a *eustres*. *Distres* je zvláštní druh stresu, který je provázen pocitem ztráty kontroly nad situací a nezvládnutím nároků, které jsou na jedince kladeny, *distres* vyvolává v jedinci pocity úzkostné, depresivní či hněv a má škodlivý dopad na zdraví. Naopak *eustres* (tzv. „dobrý stres“) je konstruktivní druh stresu, kdy jedinec vnímá stresor jako žádoucí a vhodný. Reakcí na *eustres* je potom pozitivní úsilí, které prospívá společnosti a které je spojováno s dobrým zdravím. Tato hypotéza však dosud nebyla konstruktivně podpořena, ani vyvrácena empirickým výzkumem. Lazarus vyčlenil tři typy psychologického stresu: *újma/ztráta*, *ohrožení* a *výzva*. *Újma/ztráta* (*harm/loss*) se týká škody nebo ztráty, které se již staly. *Ohrožení* (*threat*) je újma nebo ztráta, která se ještě nestala, ale je pravděpodobná v blízké budoucnosti. *Výzva* (*challenge*) je označením pro představu, že přestože před dosažením cíle stojí překážky, mohu je překonat vytrvalostí a sebedůvěrou. S každým druhem stresu je třeba se vypořádat různě a každý má jiné psychofyziologické projevy (Hartl, Hartlová, 2000; Lazarus, 1999).

Velmi silný stres můžeme nazvat traumatem. Toto slovo pochází z řečtiny a znamená zranění.

1.2 Traumatická událost

Trauma nás může zasáhnout nejen na rovině fyzické, ale i psychické. Takové rány se hojí obtížněji a trvá to déle. Zároveň by situace velkého stresu neměla být vždy vnímána jako něco pouze negativního, zraňujícího, ale jako moment, který u mnoha lidí vede ke změně pohledu nejen na sebe, nýbrž i na svět kolem. S traumatickou zkušeností je dobré dále

pracovat, aby se minulé zážitky nestaly pro člověka přítomnými a nestaly se tak zahlcujícími (Praško a kol., 2003).

Calhoun a Tedeschi (1999) popisují traumatické události především jako ty situace, které jedince zaskočí, šokují, mohou to však být i situace, které jsou nějak očekávané a pomalu se vyvíjí, přesto na jedince působí velmi stresově. Jedinec pocítuje nemožnost kontrolovat traumatické události, bez možnosti ovlivnit jejich výskyt a průběh, připadá si bezmocný. Tento pocit bezmoci je o to silnější, když člověk viní ze svého neštěstí ostatní lidi. Ukázalo se, že traumatické události provázené fyzickou újmou (např. znásilnění, přírodní katastrofy) či neobvyklá traumata jsou více zraňující, u individuálních neštěstí je společnost méně podpůrná.

Traumatická zkušenost má potenciál narušit náš základní pohled na svět, což může vést ke zrelativizování základních hodnot a víry ve smysluplnost a spravedlivost světa. Trauma může otřást jedincovým pohledem na svět a emočním fungováním podobně, jako zemětřesení otřásá zemí (Calhoun, Tedeschi, 1999; Wusik a kol., 2015).

Trauma může ovlivnit životní příběh a identitu jedince a také vést ke změně odpovědí na základní otázky „Kdo jsem?“ a „Co je mým životním příběhem?“. Trauma je často vnímáno jako zlom – život před traumatem a život po traumatu, já před traumatem a já po traumatu (Calhoun, Tedeschi, 1999).

Praško a kol. (2003) mezi typické traumatické situace řadí např. přírodní katastrofy (záplavy, zemětřesení, sopečné výbuchy, vichřice, požáry, ...), dále katastrofy způsobené člověkem jako např. boj a válku, týrání, znásilnění, dlouhodobé věznění nebo mučení, loupeže a přepadení, nehody, ztrátu násilnou smrtí (přítomnost při sebevraždě, zabití, ...), dramatické změny zdravotního stavu (mozková mrtvice, infarkt atd.), ohrožující nezvyklé události (jako např. děsivý halucinatorní zážitek při otravě nebo po požití drogy).

Darvez-Bronoz a kol. (2008) ve své studii uvádí šest nejčastějších příčin traumatizace: znásilnění, bití ze strany partnera/partnerky, zážitek nesdílené privátní události (*undisclosed private event*), narození dítěte s vážnou nemocí, bití ze strany pečující osoby či stalking.

Traumatizace se může objevit jak u osob, které byly samy oběťmi dané situace – primární traumatizace, tak u náhodných svědků přítomných některé z těchto událostí – sekundární traumatizace (Vizinová, Preiss, 1999). Symptomy, které se vyskytují u obětí sekundární traumatizace, se velmi podobají symptomům primárních obětí, liší se však ve svém původu. Oběť primárního traumatu zažívá symptomy vyvolané samotnou traumatizující událostí, zatímco příznaky oběti sekundárního traumatu jsou asociovány s obětí primární traumatizace. Sekundární traumatizace je tak vyvolána ne samotným traumatem, ale

přenášením jeho následků z primární oběti na další jedince. Hlavním mechanismem, který vytváří sekundární traumatizaci, je přetrvávající pocit zodpovědnosti za utrpení primární oběti, který se vyskytuje u nejbližších lidí (Tóthová, 2011).

1.3 Osobnost a traumatická událost

Každý se vyrovnává s traumatem odlišně, což může být dáno např. různými charakteristikami osobnosti (temperament, emoční ladění), či psychosomatickým vývojovým stádiem, fyzickým a mentálním zdravím jedince, ale i vlastnostmi jako je odolnost (*resilience*), nezdolnost/otužilost organismu (*hardiness*), optimismus (*optimism*) či smysl pro soudržnost (*sense of coherence*). Jedincovo vyrovnání se s traumatem také ovlivňují charakteristiky jedincova *self*já jako např. sebepojetí, sebedůvěra, *self-efficacy* (tedy jakási důvěra ve vlastní schopnosti), sebekritičnost, sebekontrola, autoregulace atd. Všechny tyto vlastnosti pomáhají jedinci překonat životní těžkosti (Mareš, 2012; Tedeschi, Calhoun, 2004).

Resilience, tedy odolnost, houževnatost či nezlomnost je jedna z nejdůležitějších vlastností, které ovlivňují pozdější posttraumatický růst. Odolnost je obvykle charakterizovaná jako schopnost pokračovat ve smysluplném životě po prožití obtížných situací. Výzkumy byly často realizovány na dětech, které zůstaly psychicky zdravé navzdory velmi obtížné situaci – odolnost se u nich posuzuje zvládnutím vývojových úkolů. Nezdolnost je projev adaptace, tedy schopnosti vyrovnávat se s těžkostmi tváří v tvář. Mareš (2012) odkazuje na nedávné výzkumy, kde jsou rozlišeny tři podoby odolnosti: *recovery* – tedy zotavení nebo návrat k normálnímu fungování či do předstresového stavu; *resistence* – tedy rezistence, odpor, kdy jedinec funguje normálně během stresové události i po ní; *reconfiguration* – rekonfigurace či změna jedince po prožití nějaké silně stresové situace, tato změna však nemusí být jen pozitivní, avšak jedinec může být traumatem poznamenán i negativně. *Resilience* organismu je výsledek dynamických procesů mezi jedincem a jeho okolím, rodinou a prostředím (Křivohlavý, 2004; Mareš, 2012; Tedeschi, Calhoun, 2004).

Vztah mezi odolností a posttraumatickým růstem je spíše nejasný, podle některých autorů je posttraumatický růst nadřazen konceptu *resilience*, jsou to však spíše dva rozdílné koncepty. Většina jedinců je odolných a studie ukazují, že mnoho lidí, kteří si projdou nějakou silně stresující událostí, si zachová zdravé fungování. Odolní jedinci se vyrovnávají s traumatem jinak než ti méně odolní. Lidé s vysokou mírou *resilience* prožijí vlivem traumatu krátké období dysregulace, emočního a somatického vychýlení a nepohody, ale relativně rychle se vrátí k normálu. Malá míra distresu je nenutí k další „psychologické práci“ na sobě – zaměření se na vlastní emoce, přerámování situace atd. Zatímco méně odolné

jedince zasáhne trauma hlouběji a zotavování jim trvá déle. Tito jedinci musí vynaložit větší úsilí na kognitivní zpracování prožitých událostí, které je často vede ke změně vztahu k lidem či ke změně některých osobnostních charakteristik. Lze tedy říci, že *resilience* poskytuje jen malou příležitost pro posttraumatický růst (Westphal, Bonanno, 2007).

Dalšími charakteristikami a predispozicemi, které pomáhají jedinci se vyrovnat s traumatem je např. otužilost organismu (ve smyslu *hardiness*), která vychází z tendence být angažovaný, aktivní a mít kontrolu i ve stresujících situacích. Optimismus zahrnuje očekávání pozitivních dopadů událostí. Smysl pro soudržnost se vyskytuje u těch, kteří dobře zvládají stres z toho důvodu, že porozumí událostem a umí s nimi zacházet a najít v nich smysl. Oproti tomu posttraumatický růst je více než jen schopnost odolat a nebýt poškozen během stresující události, zahrnuje transformaci či kvalitativní změnu ve fungování (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Obtížné životní situace bývají spojovány s negativními emocemi. V poslední době se však ukazuje, že vhodná práce s emocemi může pomoci zvládat těžkosti (*coping*) a doplnit kognitivní zvládací strategie. Efektivním přístupem se ukázalo být aktivní přijetí dané emoce – nepotlačit negativní emoce, ale naopak je vědomě přijmout, akceptovat. Dále emoce slovně vyjádřit a sdělit je druhým lidem (případně zapsat, co člověk prožívá) nebo pozitivně přehodnotit emoce, vidět událost z vyšší perspektivy v celé její pestrosti a použít humor (Křivohlavý, 2004).

1.4 Reakce na traumatickou událost

Reakce na prožité trauma se u každého jedince liší jak typem konkrétních projevů, tak jejich intenzitou. Odolnost vůči silnému stresu či traumatu, nebo naopak citlivost vůči takové zkušenosti je ovlivněna různými faktory. Roli hraje například kognitivní úroveň jedince, schopnost odolávat psychické zátěži, kvalita mezilidských vztahů, míra sociální podpory, předchozí zkušenosti s traumatem atd. Faktory, které zmírňují dopad traumatu a podporují nezdolnost a houževnatost organismu, jsou např. pocit kulturní či rasové identity, víra ve smysluplnost života a podpora rodiny. Naopak rizikovými faktory jsou nedostatečná sociální podpora okolí, duševní onemocnění, ženský rod a zkušenost s traumatem v dětství. Každý lidský zážitek můžeme označit za relativní, tedy i extrémně stresující situace je jedinci vnímána různě a má na jedince různý dopad. Hranice, co traumatem je a co už není, je dána především kulturním prostředím, v němž jedinec žije (Preiss 2009; Vizinová, Preiss, 1999).

Traumatická reakce vzniká jako odezva na stav totální bezmoci, kdy není možný útok nebo útek a dochází ke stavu zmatení a narušení oblasti kognitivní, emoční i fyziologické. Kromě ochromujícího pocitu, že traumatizující zkušenosti nelze uniknout, se celá událost jeví

jako nepochopitelná a nezařaditelná do žádného z kognitivních schémat, díky nimž se orientujeme v každodenním životě (Vizinová, Preiss, 1999).

Projevy vyvolané traumatem můžeme zařadit do několika následujících kategorií.

1. Emoční tíseň – během samotného stresu se často objevuje úzkost a strach, po traumatické události často přetrvávají obavy a tíseň, dále se mohou vyskytnout depresivní symptomy, smutek, pocity viny, hněv a podráždění.
2. Tísňivé myšlenky – traumatická událost má vliv i na kognici člověka, kdy se objevují ruminace a vtíravé myšlenky, které neustále trauma připomínají a opakují.
3. Problematické chování – traumatizovaní lidé často potřebují psychiatrickou péči a medikaci, někteří lidé začnou užívat drogy či alkohol, u někoho se může vyskytnout agresivita.
4. Tělesná reakce – některá traumata zasahují především fyzickou úroveň organismu (dopravní nehoda, sexuální zneužití,...), lidé také mohou být častěji nemocní, může se objevovat velká únava, svalové napětí, různé bolesti, obtíže zhluboka se nadechnout (Calhoun, Tedeschi, 1999).

U některých jedinců se po prožití traumatické události objeví akutní reakce na stres, u jiných se až po několika týdnech či měsících projeví posttraumatická stresová porucha.

1.5 Akutní reakce na stres

Základním předpokladem vzniku akutní reakce na stres (v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 má označení F43.0) je výskyt výjimečně zatěžující životní události nebo významné životní změny. Každý na takové situaci reaguje individuálně, každý je jinak zranitelný či citlivý, proto tyto životní události nejsou nezbytným, ani dostatečným faktorem, který by vedl k vysvětlení vzniku stresové reakce. O akutní reakci na stres mluvíme tehdy, pokud se objeví hned nebo do několika minut po traumatické události a její symptomy odezní během několika hodin. Je to tedy přechodná porucha s variabilními symptomy. Na počátku je obvykle stav ustrnutí se zúženým vědomím a pozorností, dezorientace. Dále může navazovat stav stažení se, odklon od situace v rozsahu až disociativního stuporu, nebo naopak hyperaktivita, zlost, zoufalství. Tyto symptomy bývají provázeny vegetativními příznaky panické úzkosti – zrychlený tep, pocení, červenání se (Vizinová, Preiss, 1999).

Typickými projevy akutní reakce na stres jsou disociativní projevy (depersonalizace, derealizace, amnézie, ochromení, snížení vnímavosti), vyhýbavé chování a rozrušení (Rachman, 2004).

Mareš (2012, str. 18) uvádí pět fází vyrovnávání se s traumatem dle M. Kořána:

1. fáze omráčení a šoku (začíná bezprostředně po traumatické události a trvá 24–36 hodin)
2. fáze výkřiku „co se stalo?“ s pocity přítomnosti mimo realitu, ochromení aktivity či naopak puzení k nadměrné aktivitě (trvá do 3 dnů od začátku traumatické události)
3. fáze hledání smyslu události – „proč mě to potkalo?“ (přibližně 3–14 dnů po traumatu)
4. fáze popření a zase znovuprožívání události (přibližně 2–8 týdnů po traumatické události)
5. posttraumatická fáze (přibližně 1–3 měsíce po traumatické události)

Ne u všech jedinců se vyskytne tato porucha vlivem individuální odolnosti, riziko je však vyšší, pokud je přítomno fyzické vyčerpání či organické faktory jako např. stáří (Vizinová, Preiss, 1999).

1.6 Posttraumatická stresová porucha

Koncept posttraumatické stresové poruchy (dále jako PTSD z anglického *posttraumatic stress disorder*) se rozvinul na základě symptomů a potřeb veteránů z války ve Vietnamu a nahradil původní termíny bojová únava a válečná neuróza (Hunt, 2010; Nkyi, 2015; Rachman, 2004; Vizinová, Preiss, 1999).

Oba hlavní klasifikační systémy nemocí – Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jako MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále jako DSM) – zařadily diagnózu PTSD na své seznamy přibližně před více než třiceti lety (Hunt, 2010). MKN-10 uvádí PTSD pod označením F43.1. PTSD je zde charakterizována jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci, která má mimořádně ohrožující nebo katastrofickou povahu a která by vedla k silnému rozrušení téměř u každého. Medicínské pojetí zohledňuje především objektivní faktory, jako je válka, přírodní katastrofy, znásilnění atd., ale trauma může mít příčiny i subjektivní, např. přechodové fáze mezi životními etapami atp.

Jako predisponující faktory jsou v MKN-10 uvedeny osobnostní rysy jako například nutkavost či astenie nebo neurotické obtíže v anamnéze. Tyto faktory mohou snižovat práh vzniku PTSD nebo zhoršovat její průběh.

V MKN-10 je dále uvedeno, že:

Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks”), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání se činností a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové

reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>).

PTSD následuje po traumatu s latencí několika týdnů až několika měsíců. Průběh poruchy je kolísavý, ale u většiny pacientů dojde postupně ke zlepšení. U menšího procenta pacientů se může porucha chronifikovat či dojde k trvalé změně osobnosti (MKN-10). I když medicínský model hovoří o možném uzdravení z posttraumatického stresu, jde spíše o změnu, která s sebou může přinést i novou kvalitu v podobě růstu (Preiss, 2009).

V DSM-V (české vydání Raboch a kol., 2015) je PTSD zařazena mezi traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem a nese kód F43.10. Nezbytným kritériem pro diagnostiku PTSD je vystavení (přímé, či nepřímé) silně stresující události. A dále přítomnost jednoho či více vtíravých symptomů asociovaných s traumatem (např. opakující se, nechťené a vtíravé stresující vzpomínky nebo sny, disociativní reakce, ...), trvalé vyhýbání se podnětům asociovaným s traumatickou událostí, což se může projevovat jako snaha vyhnout se stresujícím pocitům, vzpomínkám a myšlenkám nebo/a stranění se vnějších připomenutí (lidem, místům, aktivitám, ...), která trauma připomínají. Mezi další kritéria patří negativní změny v kognici a náladě, které souvisí s traumatickou událostí a které se projevují např. neschopností pamatovat si důležitý aspekt traumatické události, přehnanými negativními názory nebo očekáváními o sobě samém, zkreslené přesvědčení o příčině nebo následcích traumatu, přetrvávající negativní emoce, pocity odcizení druhým lidem atd. Dále se mohou objevovat výrazné změny vzrušivosti a reaktivity související s traumatickou událostí (např. podrážděnost, hněv, sebedestruktivní chování, hypervigilita, problémy s pozorností, poruchy spánku atd.). Tyto symptomy musí trvat déle než jeden měsíc a nelze je přičítat fyziologickým účinkům psychoaktivních látek.

PTSD se může objevit u lidí v jakémkoliv věku, tedy i v dětství nebo ve stáří. Jejími častými průvodními problémy jsou deprese a úzkosti, které mohou být někdy natolik silné, že může být diagnostikována úzkostná nebo depresivní porucha. Objevuje se zvýšená podrážděnost, přehnané úlekové reakce a nespavost, někdy nepředvídatelné výbuchy agresivního chování po minimální nebo žádné provokaci. Dále se může dostavit impulzivní chování jako toulky, změny životního stylu, změny bydliště atp. Některé symptomy mohou připomínat organickou duševní poruchu – potíže s pamětí a soustředěním, emoční labilita, bolesti hlavy a závratě (Vizinová, Preiss, 1999).

S PTSD je často spojováno neurokognitivní poškození, které zahrnuje deficity ve verbální a pracovní paměti, pozornosti, rychlosti zpracování a exekutivních funkcích. Tyto

rozdíly nejsou signifikantní při porovnání jedinců, kteří trpí PTSD a kteří touto poruchou netrpí. Avšak tyto výše zmíněné schopnosti se výrazně promění u jedinců, u nichž bylo možné porovnat jejich výkonnost před traumatem a po rozvinutí PTSD. Též mnoho lidí s PTSD věří, že mají problémy s pamětí, pozorností a myšlením, zatímco objektivně nevykazují žádné poškození (Samuelson, Bartel, Valadez, Jordan, 2016). Jedinci s PTSD jsou na jednu stranu vystavováni rušivým a častým vzpomínkám a flashbackům, které opakují a připomínají traumatickou událost, na druhou stranu si nejsou schopni vybavit přesné detaily a podrobnosti prožité události. v jejich paměti tedy zůstávají pouze určité fragmenty prožitého traumatu (Rachman, 2004). Posttraumatické kognitivní procesy odkazují k negativním myšlenkám, které se objeví po traumatu a jsou nejčastěji zjišťovány pomocí *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). Tento dotazník má tři subškály: negativní představy o sobě, negativní představy o světě, sebeobviňování (Barton, Boals, Knowles, 2013).

Některé studie (dále viz Samuelson a kol., 2016) považují za klíčové v rozvoji a udržování PTSD kognitivní funkce. Existují dvě hlavní teorie – první tvrdí, že jedinci s PTSD mají dvě kategorie negativních myšlenek: víra, že svět je nebezpečné místo, a víra, že jsou vůči traumatu bezmocní (autoři teorie: Foa a Rothbaum, 1998); druhá teorie tvrdí, že negativní myšlenky vytváří nevhodné zvládací mechanismy, které udržují nebo zhoršují symptomy PTSD (autoři teorie: Ehlers a Clark, 2000).

Dalším znakem PTSD je přítomnost strachu a vyhýbání se místům nebo lidem, kteří jsou s traumatem spojeni, či snaha vyhnout se konverzaci, která by mohla vést k tématu traumatu či vyvolat asociace s traumatem spojené (Rachman, 2004).

Kesslerův rozsáhlý výzkum (1995), realizovaný v USA, ukázal prevalenci rozvoje PTSD 7,8 % (Frans, 2005; Hunt, 2010; Vizinová, Preiss, 1999), obdobnou četnost uvádí Resick roku 2001, který zmiňuje 8–9 % PTSD u americké populace a dvakrát častější výskyt u žen. Ukázalo se však, že data, která byla získána na americké populaci, nelze přenést na evropské podmínky. Frans (2005) odkazuje na výsledky studie *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMEd), kde je uvedena prevalence PTSD 1,9 %. Data pro tuto studii byla získána na náhodném vzorku obyvatel Belgie, Francie, Itálie, Německa, Nizozemí a Španělska. Obdobně nízké hodnoty prevalence byly získány i v dalších evropských výzkumech (blíže viz Darvez-Bronoz a kol., 2008; Frans, 2005). Lze uvažovat, že obyvatelé Evropy jsou méně vystavováni traumatickým zážitkům než obyvatelé USA (Frans, 2005).

Spojitosť mezi traumatickou událostí a možným rozvojem PTSD je nejasná. Například i takové závažné trauma, jako je znásilnění, vede k rozvoji PTSD přibližně jen u 25–30 % žen

(Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, Best, 1993). Ukazuje se, že důležitým prediktorem vulnerability k rozvoji PTSD je rodinný život v období dětství, neboť v té době dochází k dozrávání nervové soustavy, která zprostředkovává kognitivní a emoční odpověď na traumatickou zkušenost. Bylo dokázáno, že vulnerability k PTSD může být přenášena v rodině skrze interakce mezi rodiči a potomky, neboť úzkost snižuje schopnost reakce rodičů k jejich dětem (Kirmayer, 2007).

Různí autoři (Frans, 2005; Hunt, 2010; Kessler, 1995; Resick, 2001) poukazují na až dvojnásobně častější výskyt PTSD u žen. Tento fenomén však nemá jednotné vysvětlení. Jendou z hypotéz by mohlo být, že ženy jsou častěji vystavovány „individuálnější“ formám traumatu jako znásilnění a sexuální zneužití. Druhou možností je, že ženy jsou otevřenější a více se svěřují se svými problémy a symptomy než muži. Jiná studie, která se zabývala ženskými a mužskými veterány z války z Iráku a Afghánistánu, ukázala, že při podobných zážitcích je četnost výskytu PTSD u obou pohlaví obdobná (Hunt, 2010).

Existuje řada studií, které se zabývají účinky traumatu na lidský mozek. Určité změny se vlivem traumatické zkušenosti objeví v amygdale, hippocampu a frontálním kortexu a vedou k problémům s pamětí, abnormální reakci na strach a dalším symptomům PTSD (Kirmayer, 2007).

1.7 Posttraumatická stresová porucha u dětí

Jak bylo uvedeno výše, PTSD jako klinická diagnóza se poprvé objevila v DSM-III (1980) jako porucha zahrnující symptomy objevující se u veteránů z války ve Vietnamu. Postupem času se ukázalo, že i u dětí se může vyskytnout takováto těžká reakce na traumatizaci (Nkyi, 2015).

Prevalence PTSD u adolescentů je podobná jako u dospělých, ale dětští lékaři k diagnostikování často používají kritéria pro dospělé v souladu s DSM-V a MKN-10. Tato diagnostická kritéria však nemusí vždy odpovídat projevům poruchy u batolat a předškolních dětí, neboť některé symptomy se liší dle věku a vývojového stádia dítěte – pro diagnostiku je totiž důležitá schopnost verbalizace subjektivních zážitků. Vyšší riziko rozvoje PTSD je u dětí, jejichž rodiče byli také vystaveni silnému stresu či mají nějakou traumatickou zkušenost (Nkyi, 2015).

Eth a Pynoos (1985 in Nkyi, 2015) stanovili čtyři vlastnosti, které se vyskytují u traumatizovaných dětí:

1. silně vizualizované nebo jinak vnímané vzpomínky;
2. opakující se vzorce chování;

3. strachy spojené s traumatem;
4. změněné postoje k lidem, k životu, k budoucnosti.

Také uvedli, že přestože jsou opakované sny obvykle jednou z hlavních známek traumatizace, nemusí se vyskytovat u dětí do pěti let věku. Obdobně jako nemusí být přítomny flashbacky a vyhubavé chování. Výše zmíněné symptomy by měly trvat alespoň jeden měsíc a výrazně narušovat normální aktivity, aby mohla být diagnostikována PTSD. Jako nejvíce traumatizující a nejvíce spojované s rozvojem PTSD je v případě dětí uváděno znásilnění (Nkyi, 2015).

1.8 Hodnocení dopadu události pomocí vybraných dotazníků

Subjektivní závažnost a dopad traumatické události na jedince lze zjišťovat pomocí různých dotazníků. Mezi nejčastěji používané patří *Impact of Events Scale* (IES), jehož autory jsou Horowitz, Wilner a Alvarez (1979). Tento dotazník původně vycházel z definice PTSD podle DSM-III a z modelu emočního zpracování traumatu dle Horowitz a měl celkem šestnáct položek. Roku 1997 dotazník prošel revizí – *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R) a jeho autory byli Weiss a Marmar. IES-R dnes sestává z původních osmi položek zaměřených na intrusivní myšlení, z osmi položek zkoumajících snahu vyhubat se distresu a z šesti nově přidaných položek, které se týkají hodnocení nadměrného vzrušení. Respondenti odpovídají prostřednictvím pětistupňové škály. Reliabilita dotazníku byla měřena Cronbachovou alfou s výsledkem $r = 0,79–0,87$ a metodou test-retest, při které reliabilita dosáhla hodnoty $r = 0,5–0,59$ (Beck a kol., 2008; Mareš, 2012).

Dalším diagnostickým nástrojem, který bude i dále použit v empirické části této diplomové práce, je *Posttraumatic Stress Disorder CheckList* (PCL), jenž existuje ve třech variantách: *military* (PCL-M) pro vojáky, *civilian* (PCL-C) pro jakékoliv respondenty, kteří byli vystaveni silně stresující události, a *specific trauma version* (PCL-S) pro konkrétní traumatické události. Dotazník byl vytvořen Weathersem a spol. roku 1993 pro americké Národní centrum pro PTSD. PCL-C škála, kterou jsme dále použili, má 17 položek, jež vychází z DSM-IV, a respondenti odpovídají pomocí pětistupňové škály. Administrace dotazníku PCL-C může být různá – buď ji respondent vyplní sám, nebo jsou mu položky čteny „face to face“, či prostřednictvím telefonu. V civilní verzi jsou respondenti dotazováni, jak často se během posledního měsíce potýkali s různými symptomy PTSD (dle jednotlivých skupin symptomů v DSM-IV). Vyplnit dotazník trvá přibližně 5–10 minut (National Center for PTSD: The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), 2013 [online]).

Dotazník může být skórován dvěma způsoby. Můžeme sečíst celkové skóre, které respondent získal v jednotlivých položkách. Toto skóre se bude pohybovat v rozmezí 17–85 bodů. Nebo naopak budeme postupovat podle skupin symptomů/klastrů tak, jak jsou uvedeny v DSM-IV. Klastř A bude naplněn, pokud byl jedinec vystaven nějaké traumatizující události. Klastř B odpovídají položky 1-5 a pro naplnění tohoto klastřu je třeba, aby jedinec odpověděl alespoň jednou, že je danými symptomy obtěžován minimálně do střední míry (hodnoty 3–5). Klastř C odpovídají položky 6–12 a tento klastř je naplněn, pokud respondent uvede alespoň třikrát minimálně střední míru obtíží (hodnoty 3–5). Klastř D odpovídají položky 13–17 a pro naplnění tohoto kritéria je třeba uvést alespoň dvakrát minimálně střední míru obtíží (hodnoty 3–5). (National Center for PTSD [online]; Ruggiero, Ben, Scotti, and Rabalais, 2003).

Cut-off skóre pro běžnou populaci, v jejímž případě je odhadována četnost výskytu PTSD přibližně 15 % nebo méně, je 30–35 bodů. Pokud je dotazník určen ke stanovení diagnózy PTSD, měl by být doprovázen klinickým rozhovorem k bližšímu posouzení stupně traumatizace (National Center for PTSD [online]). Reliabilita dotazníku byla testována např. ve výzkumu Conybeare a kol. (2012) pomocí metody test-retest, kde míra reliability $r = 0,66$.

Položky dotazníku PCL-C:

- 1) *Měl/a jste opakovaně rušivé vzpomínky, myšlenky nebo obrazy o nepříjemné události z minulosti?*
- 2) *Měl/a jste opakovaně znepokojivé sny o nepříjemném zážitku z minulosti?*
- 3) *Choval/a jste se nebo cítil/a, jako by se nepříjemná událost znovu odehrávala (jako kdybyste ji znovu prožíval/a)?*
- 4) *Cítil/a jste se velmi rozrušený/á, když Vám něco nepříjemnou událost z minulosti připomnělo?*
- 5) *Měl/a jste tělesné reakce (např. bušení srdce, potíže s dýcháním, pocení), když Vám něco nepříjemnou událost z minulosti připomnělo?*
- 6) *Vyhýbal/a jste se myšlenkám nebo mluvení o nepříjemné události z minulosti a vyhýbáte se pocitům, které s tím souvisí?*
- 7) *Vyhýbal/a jste se činnostem nebo situacím, které Vám nepříjemnou událost připomínají?*
- 8) *Bylo pro Vás obtížné, vzpomenout si na důležité části události z minulosti?*
- 9) *Ztratil/a jste zájem o činnosti, které Vás dříve těšily?*
- 10) *Cítil/a jste se vzdálený/á nebo izolovaný/á od ostatních lidí?*

- 11) Cítil/a jste se citově otupělý/á, neschopný/á mít rád/a lidi, kteří jsou Vám blízcí?*
- 12) Měl/a jste pocit, že před sebou nemáte žádnou budoucnost?*
- 13) Měl/a jste potíže s usínáním nebo se spánkem?*
- 14) Byl/a jste podrážděný/á nebo měl/a výbuchy vzteku?*
- 15) Měl/a jste problém se soustředit?*
- 16) Byl/a jste ve střehu, bdělý/á, nebo na pozoru?*
- 17) Byl/a jste nervózní a snadno jste se vylekal/a?*

Roku 2013 byla publikována nová verze dotazníku PCL-5, opět od autorů Weathers a kol., která vychází z DSM-V a skládá se z 20 položek, které odpovídají rozšířeným kritériím PTSD. Nová verze PCL-5 nemá tři varianty tak jako předchozí dotazník a nejvíce se podobá PCL-S. Rozdílná je i Lickertova škála odpovědí – v předchozí verzi odpovědi nabývaly hodnoty 1–5 a v nové verzi 0–4, tedy celkové skóre testu se pohybuje v rozmezí hodnot 0–80 (National Center for PTSD [online]).

Dále v empirické části této diplomové práce byl použit dotazník PCL-C, neboť je dostatečně validní pro neklinickou populaci (např. ve srovnání s IES, který je spíše cílen na klinickou populaci).

2 Posttraumatický růst

2.1 Vývoj konceptu posttraumatického růstu

Trauma nemusí znamenat jen bolest a fyzickou nebo psychickou újmu, ale může mít i určitý pozitivní přínos. Ač se to může zpočátku zdát jako smělé tvrzení, podobnou myšlenku najdeme nejen v učení a filosofii starověkých národů či náboženských systémů, ale například i v lidové slovesnosti – „Co tě nezabije, to tě posílí.“, „Všechno zlé je k něčemu dobré.“ atd. Posttraumatický růst a distres jsou jen opačné póly stejného kontinua a zjednodušeně lze říci, že čím více distresu, tím větší růst (Calhoun, Tedeschi, 1999; Dekel, Ein-Dor, Solomon, 2012; Preiss, 2009).

Druhá světová válka, která přinesla tolik utrpení, traumatických zážitků a negativně poznamenala život tolika lidí, vedla také k tomu, že se začaly exaktně zkoumat pozitivní důsledky traumatu. Jednou z klíčových osobností tohoto období byl Viktor Emil Frankl, který byl jako rakouský lékař židovského původu za nacistů vězněn v několika koncentračních táborech. Na základě osobních zážitků začal formovat své hlavní myšlenky o smyslu života, který se z jeho pohledu skrývá mimo jiné v utrpení. Frankl popsal vůli ke smyslu jako „potřebu, která v člověku tkví nehlouběji, potřebu najít ve svém životě nebo snad lépe řečeno v každé jednotlivé životní situaci smysl – a oddat se mu, naplnit jej! [...] v utrpení může člověk uskutečnit to nejlidštější v sobě samém“ (Frankl, 1994, str. 166). Dále Frankl ve své knize odkazuje na americké veterány války ve Vietnamu, kteří přežili sedm let ve vietnamském zajetí především díky tomu, že jejich život měl nějaký smysl, k němuž se cítili zavázáni. Obdobně i lidé, kteří si udrželi víru ve smysl života, zvládali i ty nejtěžší životní situace či chvíle v koncentračních táborech (Frankl, 1994; Mareš, 2012).

S lidmi, kteří se vrátili z koncentračních táborů, pracoval i Aaron Antonovsky, jenž si všiml toho, že i přes svůj velmi špatný fyzický stav si někteří vězni, vracející se z koncentračních táborů, zachovali dobrou psychickou kondici. Tuto vlastnost, která navrátilcům pomáhala přežít nelidské podmínky, nazval soudržnost osobnosti (*sense of coherence*). Ta je tvořena třemi složkami: srozumitelností (tzn. stupeň předvídatelnosti situace i uchopení sebe sama ve stresové situaci), zvládnutelností (tzn. dostatečná schopnost člověka reagovat na zátěžovou situaci), smysluplností (tzn. míra toho, jak moc stojí za to investovat svoji energii a čas do různých situací, které život přináší). Jedinec s vysokou mírou soudržnosti osobnosti vnímá svět jako uspořádaný, předvídatelný a zvládnutelný (Mareš, 2012).

V poslední době přibývá výzkumů na téma posttraumatického růstu. Američtí vědci Calhoun a Tedeschi (1999, 2004) definovali posttraumatický růst (dále jako PTG z anglického *posttraumatic growth*) jako pozitivní psychologickou změnu, jež se u jedince objeví po prožití traumatické události.

V české literatuře se objevuje překlad termínu *posttraumatic growth* jako posttraumatický růst (např. Preiss, 2009), ale i jako posttraumatický rozvoj (např. Mareš, 2012). Mareš zdůvodňuje výběr jiného termínu tím, že výraz růst vede spíše k představě kvantitativní změny, zatímco PTG naopak vede ke kvalitativní proměně osobnosti, která je symbolizovaná termínem rozvoj. V této práci používám výraz posttraumatický růst, neboť se domnívám, že je přesnějším překladem termínu *posttraumatic growth* autorů Calhoun a Tedeschi.

2.2 Posttraumatický růst v pojetí L. G. Calhouna a R. G. Tedeschiho

Problematika posttraumatického růstu je popsána z různých perspektiv, řadou teorií, modelů a přístupů. Pro účely této práce detailněji popíši model PTG autorů R. G. Tedeschiho a L. G. Calhouna, neboť se ve svých výzkumech zabývají nejen teoretickým popisem a definováním PTG, ale např. i jeho detailní strukturou a možnostmi podpory rozvoje PTG.

Roku 1995 Calhoun a Tedeschi ve své kvalitativní studii pojmenovali tři širší oblasti PTG: změna v sebepojetí / *change in the sense of self*, změna ve vztahu k ostatním / *change in relationships with others* a změna životní filosofie / *change in philosophy of life* (Calhoun a Tedeschi, 2006). Tento model byl postupně autory zpřesňován a doplňován.

Změna v sebepojetí se objevuje na základě lidské zkušenosti s traumatem, při kterém dojde k posílení pocitu, že svět je nebezpečné místo, což může mít pozitivní i negativní dopad. Na jednu stranu má takové trauma potenciál vést k opakujícím se pocitům strachu a úzkosti, na druhou stranu může fungovat jako korekce nereálného vnímání „toto se mi nemůže stát“, to znamená, že traumatický zážitek může sloužit jako instruktážní korektivní zkušenost. Dále nás trauma může posílit v sebedůvěře (tato zkušenost se často objevuje u těch, kteří ovdověli) a v pocitu, že přestože jsme zranitelnější, jsme silnější, než jsme si mysleli (Calhoun, Tedeschi, 1999).

Změna ve vztahu k ostatním se může následkem traumatu projevit buď narušením či rozpadem mezilidských vztahů, nebo naopak jejich posílením. Pozitivní změna je obvykle prezentovaná jako zvýšení intimity a blízkosti (tuto zkušenost často uvádějí například rodiny, do kterých se narodí dítě s postižením). Posílení blízkosti je často spojováno s větší svobodou otevřít se svému okolí, někteří mají vlivem traumatické zkušenosti větší potřebu mluvit o své

situaci (více sdílet své pocity a emoce), což může otevírání se navenek usnadnit. Dále se objevuje zvýšení empatie, soucitu a ochoty pomoci dalším jedincům, kteří také procházejí krizí (Calhoun, Tedeschi, 1999).

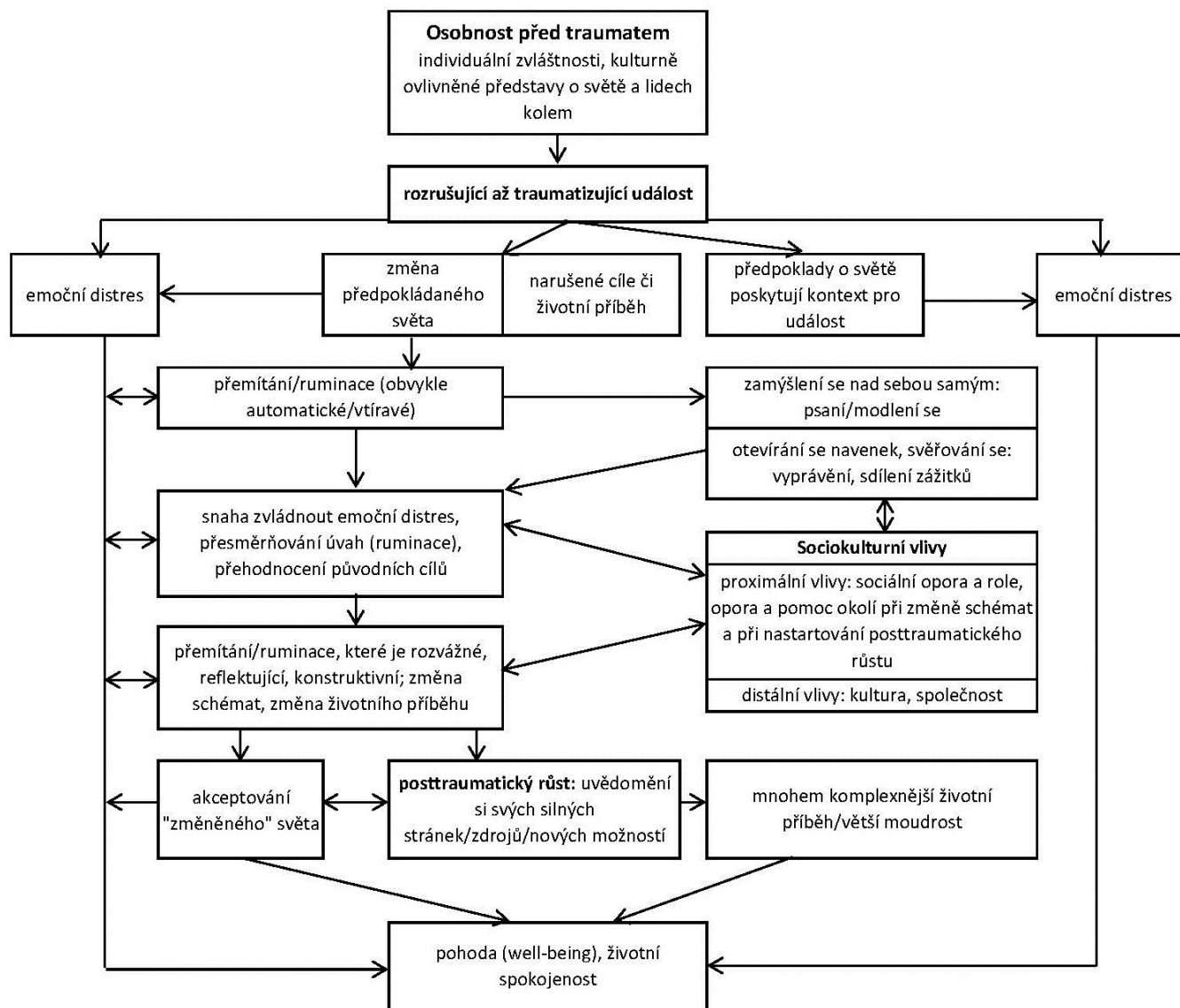
Změna životní filosofie se objevuje po prožití extrémního stresu (např. úmrtí někoho blízkého, prodělání život ohrožující nemoci atd.), kdy je člověk nucen konfrontovat se s realitou smrti, což může vést k většímu ocenění hodnoty maličkostí a každodennosti, k většímu ocenění života. To se může projevit např. ve změně hodnot, ve změnách v oblasti spirituální, náboženské či existenciální (Calhoun, Tedeschi, 1999).

Faktorovou analýzou se ukázalo, že přístup k PTG je pětifaktorový a konkrétní podoba PTG se liší dle stresoru – např. zkušenost s rakovinou vedla ke zdravějším stravovacím návykům (Calhoun, Tedeschi, 2006). Těchto pět oblastí se částečně překrývá se třemi výše jmenovanými.

Ocenění života je provázáno úvahami o tom, co je v životě důležité. Tato změna vychází z pocitu „měl/a jsem štěstí“. Mezi nejčastější změny priorit a hodnot patří oceňování toho, co bylo dříve považováno za maličkosti, jako např. dětský úsměv, trávení více času s batoletem atd. **Vztahy s druhými lidmi** se mohou po prožití traumatické události stát bližšími, intimnějšími, smysluplnějšími. Tento jev se může projevit např. ve větším zapojení druhých lidí do vlastního života, hlubším soucitem a empatií k potřebám druhých, pocitem větší sounáležitosti, častějším a lepším vyjadřováním pocitů k druhým, větší pozorností vůči vztahům. **Osobnostní růst** neboli vědomí osobnostní síly často koreluje (paradoxně) s vědomím vlastní vulnerability, zranitelnosti. Objevuje se např. vyšší sebedůvěra („když jsem zvládl toto, zvládnou i víc“), lepší zvládání obtížných situací a vyšší akceptace životního běhu. **Nové životní možnosti** spočívají např. ve vydání se novou, odlišnou životní cestou, v objevení nových zájmů a příležitostí, lepším nakládání s časem, i větší ochotě a úsilí změnit to, co je třeba změnit. **Spirituální změna** se může projevit posílením, či naopak oslabením náboženské víry jedince po traumatických zkušenostech, intenzivnějším zabýváním se existenciálními otázkami, dále porozuměním (případně větší tolerancí) duchovním potřebám svým či druhých atd. (Tedeschi, Calhoun, 2004; Preiss, 2009).

Calhoun a Tedeschi roku 2010 publikovali model posttraumatického růstu, který patří mezi nejdůležitější teoretické modely PTG vedle např. modelu Janoff-Bulman, dvousložkového modelu Maercker a Zöllner, Hobfollova modelu skutečného posttraumatického rozvoje atd. Tento model obsahuje řadu proměnných – např. osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturační vlivy, životní spokojenost atd. (Mareš, 2012).

PTG je konstrukt, který se týká spíše adolescentů a dospělých než malých dětí, neboť PTG v sobě zahrnuje změnu již zavedených schémat, která jsou traumatem otřesena. Mladí lidé také mohou uvádět větší růst než starší lidé, neboť jsou více otevření změně (Tedeschi, Calhoun, 2004).



Obr. 1 Model posttraumatického růstu (upraveno podle Calhoun et al., 2010; Mareš, 2012).

2.3 Širší pohled na posttraumatický růst

PTG se však nemusí objevit u všech, kdo prodělali nějaké trauma. Silně stresující událost zásadně naruší běh jedincova života. Někteří jedinci s traumatickou zkušeností uvádějí, že si později uvědomili, že taková událost přidala hodnotu do jejich života, neboť s sebou přinesla vynucené změny, zatímco jiní jedinci si přejí, aby se nic z prožitého traumatu

nikdy nestalo, a i to, co následovalo po prožitém stresu, spojují s obětováním a ztrátou, nikoliv s růstem. Rozvoj PTG ale neznamená konec bolesti, stresu a těžkostí, které s sebou trauma přineslo. PTG totiž záleží na mnoha faktorech, např. je to výsledek konstruktivních kognitivních procesů, a proto je PTG náchylný k určitému stupni předpojatosti (*bias*), tak jako jiné životní zkušenosti. PTG byl však potvrzen i vnějšími pozorovateli, a to i přesto, že některé aspekty PTG jsou vnějšímu pozorování skryté jako např. větší ocenění života (Calhoun, Tedeschi, 2004; Tedeschi, Calhoun, 2004; Linstrom, Cann, Calhoun, Tedeschi, 2013).

Calhoun a Tedeschi (2004) dále odkazují na zjištění, že PTG se u jedince objeví tam, kde byla nová zkušenost s traumatem uchopena jak intelektově, tak emocionálně. Silně emocionální situace může u psychicky zdravých jedinců vést k menší míře iluze a předpojatosti a naopak k větší moudrosti. Rozvoj PTG také úzce souvisí s otevíráním se navenek, svěřováním (*self-disclosure*) a porozuměním vlastním emocím i vlastní perspektivě na prožitou krizi.

Míra PTG se mění v průběhu času dle toho, jak je trauma jedincem vnitřně zpracováváno a ovlivňováno novými zkušenostmi. Také ne vše, co někteří uvádí jako pozitivní změnu po prodělání traumatu, je růst (např. zdědění velkého jmění není růst). Klíčovou charakteristikou PTG, tedy zážitku pozitivní změny, který u některých jedinců zahrnuje radikální osobnostní proměnu, je fakt, že vzniká z individuálního zápasu s náročnou životní situací (Calhoun, Tedeschi, 2004). U jedince, který si prošel traumatickou událostí a přijal „proměněný“ svět, se rozvine PTG včetně uznání vlastní síly, zdrojů a možností, což vede dále ke komplexnějšímu životnímu vyprávění a moudrosti. V takovém případě je emoční distres způsobený traumatem proměněn v životní pohodu (*well-being*) a spokojenost (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Triplett a kol., 2012).

PTG je také ovlivněn kognitivním zpracováním traumatu či krize. Jako zajímavá se v tomto směru ukazuje spojitost mezi ruminací a PTG. Přetrvávající kognitivní procesy (ruminace), točící se kolem krizové situace, mohou obsahovat negativní (nechtěné), pozitivní, neutrální nebo reflektující myšlenky. Ruminace (tedy znovuzabývání se traumatem, přemítání) se ukazuje jako klíčová pro pozdější růst, ale zároveň přináší rušivé myšlenky či obrazy a může být pro jedince velmi stresující. Pokud se u jedince rozvine PTG, byly ruminativní myšlenky transformovány do konstruktivního zpracování traumatu a stávají se tak hnací silou pozitivních posttraumatických změn. Trauma může být v životě jedince vnímáno jako zlomová situace, kdy lze odlišit to, co bylo před samotnou krizí a co potom. Některé cíle, které si jedinec dříve stanovil, se mohou vlivem velmi stresující události stát

neuskutečnitelnými, zároveň však taková zkušenost může vést k formulování nových cílů a pocitu posouvání se vpřed (Calhoun, Tedeschi, 2004; Dekel et al., 2012; Tedeschi, Calhoun 1999).

Ying a kol. (2014) odkazují na výzkumy, které přináší další pohledy na vztah mezi závažností traumatu a rozvojem PTG. Rozvoj PTG může záviset například i na přesvědčení jedince o kontrole (*control beliefs*), která mu slouží k adaptaci buď přizpůsobováním okolí svým potřebám, nebo naopak přizpůsobováním svého chování a prožívání již existující reality (Ying a kol., 2014).

Osobnostní charakteristiky jednotlivce mají vliv na to, zda se po silně stresové situaci objeví u jedince pozitivní změna, růst. Jako vlastnosti spojené s PTG se ukázaly extraverte a otevřenost ke změně (na základě porovnání výsledků *Posttraumatic Growth Inventory* a NEO Osobnostního dotazníku). Také byla prokázána určitá spojitost s optimismem. Korelace PTG se všemi třemi uvedenými vlastnostmi však nejsou příliš vysoké (Tedeschi, Calhoun, 2004). Jiný výzkum (Wusik a kol., 2015) zmiňuje jako další proměnnou podporující rozvoj PTG schopnost odpouštět (*forgiveness*).

Přehledová studie (Linley, Joseph, 2004) uvádí celý výčet proměnných, s nimiž je PTG signifikantně spojen. Kromě výše zmíněných proměnných, Linley a Joseph dále zmiňují např. kognitivní hodnocení (*cognitive appraisal*). To zahrnuje proměnné jako povědomí o traumatu a možnost kontroly nepříjemné události, které jsou spojovány s vyšší hladinou PTG. Obdobně je s růstem spojeno i zvládání zaměřené na problém a zvládání zaměřené na emoce, přijetí a pozitivní reinterpretace.

Na rozvoj PTG může mít také vliv sociokulturní prostředí. Vliv dalších lidí může podpořit učení se novým cestám myšlení o světě, učení se novým způsobům zvládání a získání sociální podpory (Calhoun, Tedeschi, 1999; Linstrom, Cann, Calhoun, Tedeschi, 2013). Kulturní kontext jedince může mít také vliv na to, jak se jedinec vypořádá s krizí. Setkání se s tématem růstu ať už v širší kultuře (*distal culture*), tedy skrze televizi, internet, noviny, nebo v užším kulturním okruhu (*proximal culture*), který zahrnuje rodinu a přátele, může přispět k tomu, že se PTG u jedince objeví (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010; Linstrom, Cann, Calhoun, Tedeschi, 2013). V rozvoji PTG se projevují i kulturní rozdíly – např. jedinec v krizi, který pochází z amerického prostředí, je ovlivněn již existujícím rámcem své kultury, jenž již zahrnuje náboženská témata. Ta jsou tam důležitější součástí širšího kulturního kontextu než např. v Evropě. Americký rámec možná také již dopředu obsahuje i optimismus a soběstačnost (Calhoun, Tedeschi, 2006).

V původní studii z roku 1996, která se věnovala PTG, Calhoun a Tedeschi zjistili, že PTG se v menší míře objevuje i u lidí, kteří nezažili žádnou traumatickou událost. Tento fenomén může mít dvě vysvětlení – buď se u jedinců objevuje kognitivní nastavení, které umožňuje mít pocit neustálého osobního zlepšování, nebo to představuje pohled na proces zrání u mladých dospělých, kteří byli součástí výzkumného vzorku. Je třeba zmínit, že růst v oblastech, které zahrnuje koncept PTG, může vycházet nejen z traumatické zkušenosti, ale také z pozitivní zkušenosti či z vrcholových zkušeností (*peak experience*), jež mohou fungovat jako život měnící zlomy. Aby došlo k posttraumatickému růstu, je i u pozitivních událostí třeba, aby byly dostatečnou výzvou pro jedincova schémata a jasnou změnou životního běhu. Obdobně jako u traumatu i pozitivní změny musí zahrnovat emoční i intelektové uchopení dané situace (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Koncept PTG může být také nahlížen ze dvou zcela odlišných perspektiv. Na jedné straně je PTG jen iluze, kdy organismus obelhává sám sebe, je to určitý obranný mechanismus, který vlastně jedinci umožňuje se vypořádat s traumatickou událostí a nedochází k žádné zásadní změně. V těchto přístupech je traumatická událost asimilována do jedincova obrazu světa, který se ale v zásadě nemění, nedochází ani ke změně identity jedince. Na druhé straně existují teorie, které považují PTG za reálnou změnu jedince, jehož svět a sebepojetí byly traumatem rozmetány. V takovém případě musí jedinec tuto skutečnost kognitivně uchopit a zpracovat a vystavět si nové sebepojetí a pojetí světa, dochází k transformaci identity na základě akomodačních a transformačních mechanismů. Mezi takovéto teorie o reálném růstu patří i ta od Calhouna a Tedeschiho (Mareš, 2012).

Konceptu PTG jsou blízké další koncepty, teorie a termíny: růst související se stresem / *stress-related growth*, interpretované nebo vnímané přínosy / *construed or perceived benefits* a další (Calhoun, Cann, Tedeschi, 2010).

2.4 Facilitování posttraumatického růstu

Podpořit rozvoj a přítomnost PTG můžeme, dle autorů základního modelu PTG Calhouna a Tedeschiho, již při léčbě traumatu. Takováto obecná intervence má čtyři kroky.

Za prvé je při léčbě následků krizové situace zásadní desenzibilace, kdy je snižována klientova přecitlivělost na to, co se pojí se stresující událostí. V této fázi je třeba, aby terapeut pracoval s klientovou úzkostí, napětím, hypervigilancí, vyhýbavým chováním atd. Desenzibilace je dosaženo skrze detailní popisování a přemýšlení o traumatické události v bezpečí terapeutovy pracovny, zaměřováním očních pohybů, relaxací atd. V některých

případech je vhodné podpořit terapeutickou intervencí psychofarmaky (Calhoun, Tedeschi, 1999; Mareš, 2012).

Ve druhé fázi je klient veden k vyprávění prožité náročné situace. Velmi stresující události jsou totiž obvykle jen nedostatečně zakódovány v paměti a klient prožité události nemůže uchopit jako celek, ale situace se mu rozbila do nespojitých epizod. Právě prostřednictvím vyprávění se jednotlivosti propojí do komplexnějších vzpomínek, vzniká příběh, v němž může klient hledat motivy jednání pro jednotlivé aktéry (Calhoun, Tedeschi, 1999; Mareš, 2012).

V další fázi je třeba u klienta znovu navodit pocit bezpečí. Může se tak dít např. skrze propojení klienta s dalšími jedinci, kteří také prožili trauma, či skrze zapojení klienta do sítě mezilidských vztahů, jež mu mohou poskytnout potřebnou sociální oporu. Terapeut s klientem pracuje na nových zvládacích strategiích, které jsou protektivní a které buď pomohou klientovi se podobným traumatům vyhnout, nebo ho učiní odolnějším (Calhoun, Tedeschi, 1999; Mareš, 2012).

Závěrečnou fází je rekonstruování a znovuvytváření klientova pohledu na svět. Klient je terapeutem veden k budoucnosti – aby nacházel důvody, proč žít dál, aby si představil život bez posttraumatických symptomů, aby se opakovaně netrápil, ale hledal, co by mohl udělat dál se sebou samým a se svým životem (Calhoun, Tedeschi, 1999; Mareš, 2012).

Kromě tohoto obecného přístupu lze podpořit rozvoj PTG i konkrétněji. Terapeut sice nemůže růst pro klienta vytvořit ani připravit, ani ho nemůže naučit nějakému strukturovanému postupu, může jej však povzbuzovat na cestě za PTG. Terapeut tak může např. vytvořit kontext, ve kterém se bude klient pozitivně rozvíjet, ale samotný rozvoj a růst záleží jen na klientovi. Na úvod této intervence by měl terapeut poznat klientův světonázor, systém hodnot a jeho přesvědčení. Je také třeba ze začátku tolerovat klientovy pozitivní iluze, neboť lidé mají tendenci vytvářet pozitivně zkreslený pohled na sebe samé, na svou schopnost ovlivňovat běh událostí do budoucna, kde na ně čeká mnoho dobrého a málo špatného. Terapeut, který pracuje s jedincem po traumatu, je konfrontován s těmito iluzemi, jež však mají protektivní charakter a chrání jedince, který přežil traumatickou událost, před tím, aby do jeho vědomí vstoupily příliš zraňující momenty (Calhoun, Tedeschi, 1999; Mareš, 2012).

Vyrovňávání se s traumatem má velmi individuální průběh a terapeut by měl respektovat klientovy potřeby a na jejich základě vytvořit časový plán terapie. Calhoun a Tedeschi (1999) však uvádějí několik kroků, jak terapeut může facilitovat PTG. V první fázi je to např. terapeutovo naslouchání klientovu životnímu příběhu. Klient tak může snížit

napětí, jež v sobě má, vypovídat se. V této fázi není ani tak důležité hledat s klientem řešení obtížné situace, jako se spíše zaměřit na jeho zvládnání akutního stresu. Pro mnoho jedinců je převyprávění traumatické události prvním krokem k rozvoji PTG. Další fází intervence, kterou je vhodné použít v pozdějším stádiu PTG, kdy je klient už schopen popsat trauma sám sobě i ostatním, představuje zahrnutí traumatické události do klientova životního příběhu. V této fázi je už klient schopen uvažovat i o pozitivních aspektech traumatu, nicméně až v momentě, kdy je klient o zážitku změny či rozvoje schopen mluvit, může ji terapeut pojmenovat a pracovat s ní dále. Je třeba, aby měl terapeut na paměti, že PTG není výsledkem traumatické události jako takové, ale klientovy snahy se s událostí vyrovnat. Pojmenovávání a diskuze o proběhlých změnách a růstu, který klient zažívá, může podpořit další kognitivní uchopení traumatické události a dále facilitovat PTG (Calhoun, Tedeschi, 1999; Calhoun, Tedeschi, 2004, Mareš, 2012).

Z klinické perspektivy představuje PTG naději, že se u traumatizovaných mohou objevit nějaké pozitivní změny, z nichž může následně vycházet terapeutická péče. Facilitace PTG může být také plnohodnotným terapeutickým cílem (Linley, Joseph, 2004).

2.5 Dotazník posttraumatického růstu

Dotazník posttraumatického růstu je českou verzí dotazníku *Posttraumatic Growth Inventory* (dále jako PTGI), kterou vytvořili Calhoun a Tedeschi roku 1996. Tento dotazník je použit i dále v empirické části této diplomové práce v podobě v překladu docenta Marka Preisse. Jedná se o nástroj pro hodnocení pozitivních změn, jež byly opakovaně sdělovány či reflektovány osobami, které zažily nějakou traumatickou událost. Původní dotazník měl 34 položek, které nebyly formulovány záporně. Test byl zkušebně zadán americkým univerzitním studentům, kteří byli vybráni na základě vlastní zkušenosti s traumatickou událostí. Pro vyhodnocování dotazníků byla použita analýza hlavních komponent a faktorová analýza. Z 34 vybrali Calhoun a Tedeschi 21 položek, které nejlépe reprezentovaly 5 oblastí posttraumatického růstu. Vnitřní konzistence 21 položkového testu byla měřena Cronbachovou alfou, kdy $\alpha = 0,90$ a reliabilita byla $r = 0,71$ (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Z výsledků dotazníku vyplývá, že ženy uvádějí v průměru více pozitiv, než referovali muži. Lidé, kteří si prošli nějakou silně stresující událostí, zažívali více pozitivních změn než lidé, kteří neprošli traumatem (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Instrukce dotazníku zní: „Prosíme, zaměřte se nyní v duchu na obtížné, náročné, traumatické situace nebo události, které Vám změnily život a které jste v životě prožil/a.“ Tato úvodní informace vede člověka ke znovuponoření se do odeznělé, avšak emočně silné

události, situace, zážitku. Událost má respondent vybrat z nabídky nebo uvést „jiné“ a následně je vyzván, aby uvedl, kolik času od uvedené události uplynulo. Odpovědi se zaznamenávají do šestibodové Lickertovy škály od „0 = nepocítil jsem žádnou změnu v důsledku této krize“ až po „5 = prožil jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize“.

Položky dotazníku jsou rozděleny do 5 oblastí, faktorů, v rámci kterých se posttraumatický růst objevuje.

Faktor „vztahy s druhými“ je zjišťován otázkami:

- 6) *Zřetelněji vidím, že mohu v případě potíží s lidmi počítat. / Knowing that I can count on people in times of trouble.*
- 8) *Mám pocit větší blízkosti s druhými lidmi. / A sense of closeness with others.*
- 9) *Více vyjadřuji svoje city. / A willingness to express my emotions.*
- 15) *S druhými lidmi více soucítím. / Having compassion for others.*
- 16) *Vztahům s ostatními věnuji více péče. / Putting effort into my relationships.*
- 20) *Zjistil jsem, jak skvělí lidé existují. / I learned a great deal about how wonderful people are.*
- 21) *Snáze přijímám potřeby druhých. / I accept needing others.*

Faktor „nové možnosti“ je zjišťován otázkami:

- 3) *Našel jsem si nové zájmy. / I developed new interests.*
- 7) *Našel jsem si novou životní cestu. / I established a new path for life.*
- 11) *Dokáži lépe nakládat se svým životem. / I'm able to do better things with my life.*
- 14) *Objevují se nové příležitosti, které by jinak nebyly. / New opportunities are available which wouldn't have been otherwise.*
- 17) *Nyní se spíše pokusím o změnu toho, co změnit potřebuje. / I'm more likely to try to change things which need changing.*

Faktor „osobní růst“ je zjišťován otázkami:

- 4) *Mám silnější pocit sebedůvěry. / A feeling of self-reliance.*
- 10) *Více si uvědomuji, že dokáži zvládat potíže. / Knowing I can handle difficulties.*
- 12) *Mohu lépe přijmout, jak se věci dějí. / Being able to accept the way things work out.*
- 19) *Zjistil jsem, že jsem silnější, než jsem myslel. / I discovered that I'm stronger than I thought I was.*

Faktor „spirituální změna“ je zjišťován otázkami:

- 5) *Lépe rozumím duchovním záležitostem. / A better understanding of spiritual matters.*

18) *Moje víra je silnější. / I have a stronger religious faith.*

Faktor „ocenění života“ je zjišťován otázkami:

1) *Změnil jsem priority ohledně toho, co je v mém životě důležité. / My priorities about what is important in life.*

2) *Více oceňuji hodnotu mého vlastního života. / An appreciation for the value of my own life.*

13) *Dokáži si lépe vážit každého dne. / Appreciating each day.*

Dotazník PTGI byl v nedávné době (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017) rozšířen o čtyři nové položky (PTGI-X), které se týkají existenciální a spirituální proměny a které překračují tradiční koncept náboženství napříč kulturami. Novými položkami, přidanými k již existujícím dvěma, jsou:

- *Smysl života je pro mě jasnější. / I have greater clarity about life's meaning.*
- *Lépe čelím otázkám o životě a smrti. / I feel better able to face questions about life and death.*
- *Cítím se více spjatý s bytím. / I feel more connected with all of existence.*
- *Mám větší smysl pro harmonii se světem. / I have a greater sense of harmony with the world.*

Dotazníky, které se zaměřují na PTG, se potýkají s řadou obecných problémů. Např. obvykle nemáme osobnostní ani další údaje o člověku z doby, než zažil nějakou silně stresující událost. Diagnostika PTG staví na subjektivních výpovědích jedinců a ptá se jen na určité možné oblasti růstu, nezaměřuje se na individuální růst jedince, výsledky jedinců s traumatickou zkušeností není možné porovnat s kontrolní skupinou, protože ta nebyla traumatizovaná (Mareš, 2012).

3 Holocaust jako traumatická zkušenost napříč generacemi

S ohledem na povahu této diplomové práce, která si klade za cíl zmapovat posttraumatický stres a růst u přeživších holocaustu a případný mezigenerační přenos těchto fenoménů, je třeba zmínit traumatizující podstatu holocaustu. Nejdříve bude problematika holocaustu popsána, pokud možno, z objektivního hlediska historie. Následně bude nastíněna perspektiva spíše subjektivní, vyobrazující prožívání všeho toho utrpení. Dále budou rozebrána specifika jednotlivých generací, od přeživších po jejich děti a vnuky či vnučky. Závěrem bude věnována pozornost mezigeneračnímu přenosu traumatu.

3.1 Holocaust z historické perspektivy

Označení holocaust je anglickou variantou řeckého holokauston, v češtině to znamená celopal. Původně tento termín sloužil k označení náboženské oběti zvířete, které bylo spáleno. Dnes tento pojem označuje systematické vyvražďování Židů za druhé světové války (Petrie, 2000). V hebrejštině je pro holocaust používán termín šoa, což znamená katastrofu (Gradwohl, 2014).

Antisemitismus, tedy pocity a projevy nenávisti vůči Židům, se objevoval v různé podobě již od starověku. Později během středověku se museli vyznavači judaismu řídit omezujícími zákony, aby byl později změněn postoj vůči Židům během osvícenství, kdy byla zdůrazňována národní identita, a došlo k odklonu od důrazu na náboženský život. Na konci 19. století však antisemitské tendence opět zesílily (tzv. antisemitské aféry), aby dosáhly své nejdrastičtější podoby během druhé světové války (Anonymous, 2015).

V nacistické ideologii byl antisemitismus vždy jedním ze základních postojů. V lednu roku 1933 se Adolf Hitler stal německým říšským kancléřem a již dva měsíce nato byl otevřen první koncentrační tábor v Dachau, který původně sloužil především pro politické oponenty – socialisty a komunisty. Protižidovské tendence vedly k celoněmeckému bojkotování židovských obchodů, právníků a lékařů, následně byli Židé propouštěni ze státních služeb a vyloučeni z kulturního života v Německu. V září roku 1935 byly německým Říšským sněmem přijaty dva ústavní zákony, které se staly základnou provádění protižidovské politiky. Rozrůstající se restrikce a zesilující se nepřátelství a agresivita vůči jednotlivým Židům i židovským institucím kulminovaly v listopadu 1938 německým pogromem označovaným jako Křišťálová noc, kdy byla vypálena a poničena většina synagog, došlo k rabování židovských obchodů, zabíjení Židů či jejich zajímání a deportování do koncentračních táborů (Anonymous, 2012; Kenez, 2013).

Druhá světová válka vypukla 1. září 1939, když Německo přepadlo Polsko. Během války museli Židé chodit označení žlutou hvězdou a žít v ghettech, kde mohli být kdykoliv kontrolováni a postupně deportováni do koncentračních a pracovních, či vyhlazovacích táborů. Největším nacistickým koncentračním a vyhlazovacím táborem byla Osvětim v Polsku, založená na rozkaz H. Himmlera v roce 1940. Mezi další velké koncentrační nebo vyhlazovací tábory patřily např. Belzec, Buchenwald, Dachau, Chelmno, Jasenovac, Majdanek, Mauthausen, Sachsenhausen, Sobibor, Treblinka a další. Právě tam byli postupně, s rozšiřujícím se územím Třetí říše deportováni Židé z celé okupované Evropy na základě usnesení o „Konečném řešení židovské otázky“ z ledna 1942 (Anonymous, 2012; Kenez, 2013).

Vězni v táborech umírali nejen systematicky v plynových komorách, ale i na četné nemoci a epidemie, vlivem podvýživy, totálního vyčerpání, krutého zacházení a mučení atp. Ke konci války, kdy byly tábory postupně osvobozovány Rudou armádou nebo Američany, byly celé tábory na rozkaz Říše evakuovány, likvidovány, nebo byli vězni vyhnáni na tzv. pochody smrti. Nacisty bylo za války zavražděno 6 milionů Židů, statisíce Romů, homosexuálů, lidí s mentálním postižením, duševně nemocných, jehovistů, politických odpůrců, válečných zajatců a dalších pronásledovaných skupin. Ti, co přežili, ztratili značnou část své rodiny, často i svůj domov a trvalo ještě léta po skončení války, než si měli šanci vybudovat nový domov v Palestině, USA či Evropě. Utrpení z války a z táborů si vězni odnesli nejen jako prožitek nepředstavitelných fyzických strádání, nemocí, hladovění, mučení, ale i v podobě psychických traumat, jako např. ztráty blízkých, nejistoty vlastního osudu, ponížení, iracionálního pocitu viny (Anonymous, 2011a).

V Československu byla protižidovská politika uplatňována ihned po německé okupaci. S tou byl československý prezident Emil Hácha donucen souhlasit, a v březnu 1939 tak byl vyhlášen Protektorát Čechy a Morava. Diskriminace a restrikce zde probíhaly rychleji než v samotném Německu a dotkly se většiny židovského obyvatelstva Čech a Moravy – propouštění z práce, vylučování ze škol, zákaz používání dopravních prostředků, zákaz kulturních akcí atd. Mezi lety 1941–1945 bylo deportováno do Terezína, Lodže a dalších táborů přes 80 tisíc Židů, z nichž válku přežila asi jen osmina. Několik tisíc Židů se podílelo na ilegální odbojové činnosti, ukrývalo se, nebo spáchalo sebevraždu (Anonymous, 2011b).

Situace v Maďarsku, kterou krátce popíši s ohledem na kazuistiku v druhé části této diplomové práce, byla za války jiná než v českých zemích a na Moravě. V roce 1923 navázal G. Gömbös, který se stal roku 1932 maďarským premiérem, spojení s Hitlerem. Roku 1938 byla k Maďarsku připojena část východního Slovenska a západní Ukrajiny a později i dalších

území, za což očekávalo Německo od Maďarů loajalitu. Během války se museli Židé podrobit různým restriktivním a diskriminačním opatřením, byli posíláni na otrocké práce, do bojů se Sovětským svazem, stěhováni do ghatt, nebo vyhoštěni, ale celkově se měli lépe než na jiných okupovaných územích. Ke „konečnému řešení židovské otázky“ došlo až po obsazení Maďarska Německem v březnu 1944. S ohledem na blížící se frontu byly však transporty do Osvětimi intenzivní, po uzavření osvětimských plynových komor byli Židé vražděni přímo v ghettech nebo hnáni v pochodech smrti do Německa. Po vyhlášení rasových zákonů se v Maďarsku nacházelo asi 800 000 židovských obyvatel, válku nepřežilo více než 560 tisíc z nich (Anonymous, 2011c).

Kazuistiky v empirické části se týká i situace na území dnešního Slovenska za druhé světové války. Když byly v polovině března 1939 obsazeny české země německou armádou, Slováci vyhlásili samostatný Slovenský stát 15. března 1939 v čele s Jozefem Tisem, o den později byl také vyhlášen Protektorát Čechy a Morava. Deportace slovenských Židů byly zahájeny 26. března 1942 (Anonymous, 2012).

3.2 Holocaust jako subjektivní zkušenost

Na dalších řádcích bude holocaust nastíněn jako subjektivní zkušenost, prožitek, boj jednotlivce o přežití. Budou uvedeny pohledy a postřehy dvou velkých lékařů, psychiatrů – Viktora Emila Frankla a Lea Eitingera, kteří se dozajista s velkým přispěním své profese zabývali svým prožíváním během internace v koncentračních táborech. Zkoumali dopady hrůz na lidskou psychiku nebo pocity a myšlenky na samé hranici přežití. Hledali, skrze jaké mechanismy si člověk může uchovat psychické zdraví v tak nepředstavitelných podmínkách.

V. E. Frankl (1905 – 1997) se narodil v židovské rodině, nedlouho poté, co se jeho rodiče přestěhovali z jižní Moravy do Vídně. Vystudoval medicínu (1930) a stal se psychiatrem ve Vídni, později získal i doktorát z filosofie (1949), kde ho během studia nejvíce oslovil existencialismus. Jeho další tvorbu a působení zásadně ovlivnila osobní zkušenost z koncentračních táborů, kam byl jako Žid deportován v roce 1942. Prošel si Terezínem, odkud byl převezen do Osvětimi a následně deportován do pracovního tábora Kaufering, který patřil pod koncentrační tábor Dachau. Osvobození se dočkal v pobočném táboře koncentračního tábora Dachau – Türkheim, kde pracoval jako lékař. Své zážitky zpracoval především v knize „A přesto říci životu ano“, částečně i ve svých dalších knihách a svými prožitky byl ovlivněn i při formulování psychoterapeutického směru logoterapie – logos znamená smysl. Smysl života je individuální, nalézt a naplnit jej může jedině každý člověk sám. Člověk přesahuje sám sebe v okamžiku, kdy dává své existenci smysl, který není

obecný či univerzální, ale je smyslem určité osoby v určitou chvíli. Jakýmsi orgánem smyslu je podle Frankla svědomí (Esping, 2010; Frankl, 1996; Veselá, 2008).

Frankl se zabýval vůlí ke smyslu, již definoval jako potřebu, „která tkví v člověku nehlouběji, potřebu najít ve svém životě nebo snad lépe řečeno v každé jednotlivé životní situaci smysl – a oddat se mu, naplnit jej“ (Frankl, 1994, str. 166). Díky vůli ke smyslu, neutuchající potřebě jej hledat, lásce k milované osobě a určitému štěstí se mu podařilo koncentrační tábory a útrapy války přežít. Franklova autentická výpověď o zkušenostech v koncentračních táborech v Osvětimi a Dachau je takto shrnuta právě ve zmíněné knize „A přesto říci životu ano“.

Leo Eitinger (1912 – 1996) se narodil do židovské rodiny na jižní Moravě. Vystudoval medicínu a promoval roku 1937, tedy v době, kdy byla práva židovských lékařů dosti omezená. Na začátku války narukoval, později se zapojil do aktivit, které pomáhaly dostat se Židům ze země. Umožnil vycestování dvěma skupinám dětí (celkem 37 dětí) do Norska, s druhou skupinou odjel osobně. Po obsazení Norska nacisty byl roku 1942 deportován do Osvětimi, následně do Buchenwaldu. Po válce se vrátil do Norska a pracoval v oboru psychiatrie. Zabýval se následky prožitých traumat, která si lidé z války odnesli, založil obor viktimologie. Na základě své klinické zkušenosti, kdy se setkal s mnoha přeživšími holocaustu, vytvořil novou diagnózu „přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události“ s označením F62.0 (Chelouche, 2014; Matyášová, 2012).

Frankl popisuje svoji zkušenost s koncentračními tábory od samotného transportu. Osvětimské transporty čekala po příjezdu selekce na práci, či do plynových komor; od této chvíle člověka provázela neustálá nejistota tenké hranice mezi životem a smrtí. Po zabavení veškerého majetku a ošacení a po nucené dezinfekci a holení zbyla vězňům jen holá existence – lidské tělo, bez identity, skryté pod pouhým číslem. V bezvýchodné situaci člověku zbýval šibeniční humor a zvědavost (Co vše se bude dít?), kterou brzy vystřídalo překvapení (Kolik toho vydržím?) a dalšími stavy (Frankl, 1996).

Úvodní fázi šoku příjezdu do tábora a prvních dní v něm Eitinger popisuje, podobně jako Frankl, jako moment, kdy se člověk ocitl v totální nejistotě a byl nucen čelit úplné změně hodnot. Lidé byli najednou konfrontováni s úplnou izolací, bez jakékoliv důstojnosti, bezmocně odevzdání změnám a beznadějně zmatení uvnitř sebe. V táborech se vytratila i ta obvykle zcela zřetelná hranice mezi životem a smrtí. Ti, kteří přežili úvodní šok, se museli přizpůsobit nelidským podmínkám a schovat se za necitelnost a rezignaci, a utíkat se k denním snům (Eitinger, 1980).

Šok byl po několika dnech vystřídán fází apatie, otupění, lhostejnosti, kdy vězeň vnitřně odumírá, denně konfrontován s všudypřítomnou krutostí, mučením a bolestí, steskem po domově a blízkých, hnusem, nespravedlností, hladem, tvrdou prací atd. Velká podvýživa vězňů omezila pudovost na „pud potravní“ – vězňům se zdálo o jídle, pokud se chtěli rozptýlit, mluvili o jídle, podvýživa umlčela i pud sexuální. Typické pro tuto fázi je všudypřítomná snaha udržet si života a hluboké náboženské cítění, pokud u vězňů existoval již předchozí zájem o transcendenci. Při náročných pochodech a tvrdé práci se mysl vězňů často uchylovala dovnitř, do duchovního prožívání, denního snění, do fantazií o svých blízkých.

V krajně tristní situaci, do níž je člověk postaven, kdy se už nemůže realizovat vlastním přičiněním. V situaci, v níž jediný výkon spočívá v opravdovém utrpení, ryzím utrpení. V takové situaci je člověk s to sám sebe naplnit milujícím pohledem, kontemplací duchového obrazu milovaného člověka, který v sobě nosí (Frankl, 1996, str. 38).

V koncentračních táborech existovalo i umění, především básně či písně, i humor, který vězňům umožňoval vytvořit si, byť i na velmi krátký okamžik, odstup a nadhled (Frankl, 1996).

[...] apatie, otupení mysli, která se vězně zmocňuje během pobytu v lágru a stlačuje jeho duševní život všeobecně na nejprimitivnější úroveň, dělá z něho objekt bez vůle, který je odevzdán osudu, nebo předmět zvůle dozorců a posléze vede k tomu, že se vězeň bojí vzít do ruky vlastní osud – tedy rozhodovat se. Apatie má i jiné příčiny, není tedy jen ochranným mechanismem duše. Má i tělesné příčiny. Rovněž jako podrážděnost, která vedle apatie, reprezentuje jednu z nejvíce do očí bijících známek vězňovy psychy. Mezi tělesnými příčinami je na prvním místě hlad a nedostatek spánku (Frankl, 1996, str. 60).

V boji s apatií, ale i se sebevražednými myšlenkami pomáhalo hledání smyslu, hledání něčeho, co čeká, až to utrpení skončí, nějaký bod v budoucnosti, hlavní však bylo nevzdat sám sebe. Na závěr této části se Frankl ptá: „Co tedy je člověk? Je to bytost, která vynalezla spalovací peci. Je však současně i bytostí, která šla do plynových komor vzpřímeně a s modlitbou na rtech“ (Frankl, 1996, str. 83).

Vězni byli po osvobození z pracovních táborů otupělí, neschopni prožít radost, byli depersonalizovaní – vše se jim jevilo jako nereálné, jako sen. A těch snů o svobodě měli během těch několika let v táboře mnoho, proto je těžké tomu jednoho dne uvěřit. „Vedle

deformace, jež hrozí člověku náhle zbavenému psychického tlaku, existují ještě dva další základní zážitky, které ho mohou charakterově ohrozit, poškodit a deformovat: zahořklost a zklamání člověka, který se do svého starého života vrací svobodný“ (Frankl, 1996, str. 87).

Vzhledem k tomu, že si vězni v koncentračních táborech prošli nepředstavitelnými podmínkami, nebylo ani známo, jaké důsledky to pro ně bude mít po osvobození. U norských přeživších se objevily např. tyto symptomy, které byly později označeny jako syndrom koncentračního tábora: zvýšená unavitelnost, problémy s pamětí, neschopnost se soustředit, nervozita, dysforická nálada, závratě, vnitřní neklid, podrážděnost, emoční labilita, poruchy spánku, bolesti hlavy, pocity nedostatečnosti, další vegetativní symptomy. U mnohých se také objevily chronické úzkosti nebo poruchy nálady (Eitinger, 1980).

3.3 První generace – přeživší

První generací jsou v tomto případě myšleni jedinci židovského původu, kteří se narodili před rokem 1945 a během války tak byli internováni v některém z nacistických koncentračních či vyhlazovacích táborů, nebo se naopak museli ukrývat či byli vychováni v nežidovském prostředí (*Former Hidden Children – FHC*). Obě skupiny přeživších si z období druhé světové války nesou břímě traumatizujících okamžiků (Fossion, Leys, Kempnaers, Braun, Verbanck, and Linkowski, 2014; Isserman, Hollander-Goldfein, and Horwitz, 2017).

Zážitky a prožitky první skupiny přeživších, tedy těch, kteří byli deportováni do nacistických táborů, ilustruje předchozí kapitola skrze postřehy a poznatky V. E. Frankla a L. Eitingera. Strašlivé balancování mezi životem a smrtí, s nímž se vězni denně potýkali v táborech, blíže na tu či onu stranu, shrnul ve svých úvahách Viktor Frankl:

Má celé toto umírání kolem nás nějaký smysl? Neboť nemá-li jej, pak by nakonec nemělo přežití lágru smysl. Neboť život, jehož smysl stojí a padá s tím, zda se z toho dostanu, nebo ne, život tedy, jehož smysl odvisí od milosti takové náhody, takový život by vlastně nemělo vůbec cenu žít (Frankl, 1996, str. 65).

Přeživší holocaustu se po osvobození koncentračních táborů obvykle neměli kam vracet – v jejich bytech bydlel někdo jiný, jejich majetek byl často rozprodán či rozkraden, část rodiny, nebo dokonce celé příbuzenstvo v nacistických táborech zahynulo. Nebyl často nikdo blízký, kdo by navrátilší přivítal. V Polsku se přeživší setkali dokonce s otevřeným nepřátelstvím. Židé po holocaustu vyhledávali materiální pomoc, zapomínalo se však na pomoc psychologickou. Psychiatri si všímali, že přeživší spojují podobné psychické

a somatické problémy – např. chronický stav úzkosti, lehká deprese, velká únava, poruchy spánku, neschopnost své trauma z koncentračního tábora verbalizovat, strach z navazování hlubších vztahů, u někoho se objevily změny osobnosti atd. Psychiatr Niederland tyto symptomy nazval v 60. letech „syndromem přežití“. Deprese mezi přeživšími pramenila často ze dvou faktorů – nemožnosti oplakat příbuzné a pocitů viny, že přežili. Somatické problémy byly obvykle spojovány s častým bitím, jemuž byli vězni vystavováni a které vedlo v mnoha případech k narušení centrální nervové soustavy (úrazy hlavy, míchy), objevovaly se deformity nohou a rukou, následky tyfového onemocnění atd. (Epsteinová, 1994).

Po návratu z koncentračních táborů bylo hlavním cílem pro přeživší založit rodinu, ale zároveň bylo pro ně obtížné po takových psychických a fyzických strádáních naplnit roli rodiče. Jako důsledek holocaustu si přeživší dále nesli nepřístupné emoce a city a nedokázali obvykle vnímat city ani ve svém blízkém okolí. Plně se soustředili na materiální zabezpečení a pohodu rodiny. Neustálá aktivita a pracovní vytížení přeživší vytrhovalo od depresivních vzpomínek, o nichž v rodinách nemluvili, ale zpřítomňovalo je mlčení (Fossion, Rejas, Servais, Pelc, & Hirsch, 2003).

Ti, kteří přežili holocaust a s nimiž je možné spolupracovat v rámci studií či s nimi vést rozhovory, jsou dnes prarodiči či praprarodiči. V období druhé světové války to byly děti či adolescenti, kteří byli obklopeni násilím, ztrátou nejbližších, nespravedlností, která rozbila jejich víru v základ společnosti, nepředstavitelnými situacemi, které nemohli pochopit. Během holocaustu museli skrýt svou bolest a smutek. A i když válka skončila, bylo třeba se navrátit zpět do společnosti a ukrýt své vzpomínky někam hluboko. Často nebylo ani kdy oplakat rodiče a příbuzné, neboť během války nebylo jasné, co se s nimi stalo, a po válce přeživší doufali, že jejich blízcí stále ještě někde žijí. V poválečném období bylo třeba integrovat prožité traumatické zkušenosti např. skrze opožděné oplakání rodiny, upnutí se k předválečným vzpomínkám, soustředění se na opětovné začlenění do společnosti, plánování budoucnosti atp. Traumatická zkušenost, která vznikla během holocaustu, neovlivnila jedince jen v jeho vzpomínkách, v jeho minulosti, ale měla i proaktivní efekt a zasahovala i nové myšlenky a situace (Mazor, Gampel, Enright, & Orenstein, 1990).

Válečné trauma prožité v dětství či adolescenci, Eitinger (in Isserman et al., 2017) ve svých výzkumech uvádí věk do 16 let, následně vede ke zvýšené náchylnosti k depresivním a úzkostným symptomům v dospělosti (viz také Fossion et al., 2014).

Druhou skupinou přeživších byly tzv. „ukrývané děti“, což byli mladí Židé, kteří přežili válku díky různé formě úkrytu – buď byli adoptováni do nežidovské rodiny, nebo byli odesláni do internátních katolických škol. Tyto děti si nesly trauma z násilného oddělení od

své rodiny a blízkých, z nichž mnozí zahynuli, měly nedostatečnou péči, zažívaly projevy antisemitismu. Život za války byl pro ně zcela nepředvídatelný a závisel na neznámých lidech. Aby přežily, musely si ukrývané děti často měnit jméno a zapomenout svoji původní rodinu a minulost, neboť prozrazení by znamenalo smrt (Fossion et al., 2014; Fossion, Verbanck, Leys, Vandeleur, Kempenaers, Braun, & Linkowski, 2015). Klímová a kol. (2008) rozlišuje dva typy ukrývání. Za prvé se rodiče ukrývali spolu s dětmi – odkázáni na náhodnou (či vyžebrou) pomoc, až měsíce trávili v úkrytu, odkud vycházeli jen v noci, nebo vůbec ne, děti nemohly mluvit nahlas či plakat, hrozila jim zima, hlad, tma, nemoci, násilí, ponížení, zapírání či změna identity. Za druhé rodiče předali potomka cizí osobě či instituci – děti prožily šok z odloučení od nejbližších osob, často nedostatek citových projevů, doteků, hry, někdy musely být starší děti zodpovědné za své mladší sourozence a přejímat tak rodičovskou roli atd.

Traumatickou zkušenost z období holocaustu si přeživší nesou s sebou nesmazatelně celý život. Někteří jedinci subjektivně uvádějí, že se psychologický vliv takového traumatu ve stáří dokonce zvyšuje, pravděpodobně vlivem proměny dostupných zvládacích mechanismů. Původní aktivní zvládací mechanismy a podporu rodiny nahrazují obranné mechanismy, které se v první řadě vyrovnávají se stárnutím (Isserman et al., 2017). Někteří přeživší holocaustu zažívali s nějakým časovým odstupem od války posttraumatický růst (Dekel, Mandl, & Solomon, 2013). Calhoun a Tedeschi (1999) uvádějí, že u takových závažných či komplexních traumatických událostí jako byl např. holocaust, by objevení se PTG u přeživších mohlo být známkou neloajlnosti k dalším obětem či nedostatku morálních principů. Přesto jsou ve studiích (Anderson, Fields, & Dobb, 2013) uváděny i přínosy holocaustu – např. se u některých přeživších rozvinula velká odolnost, přežití holocaustu je spojováno se silnější sítí sociální podpory, efektivnějšími zvládacími mechanismy a zdravější životní filosofií.

Studie, které se věnují psychologickým důsledkům holocaustu, uvádí dva základní druhy rodinného fungování jedinců první generace. Přeživší buď byli schopni produktivní a smysluplné existence a zakládání šťastných rodin, tedy se u nich nevyskytovaly závažné psychologické problémy a dopady traumatu. Nebo druhou skupinou byli taková přeživší, kteří byli hluboce zasažení prožitými traumatizujícími událostmi a vyvinuly se u nich další symptomy jako např. chronická úzkost a deprese, jejich rodiny byly nefunkční. První skupina je výsledkem převážně kvantitativních výzkumů, zatímco druhá skupina vyvstává z kvalitativních studií a kazuistik (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Sagi-Schwartz, 2003).

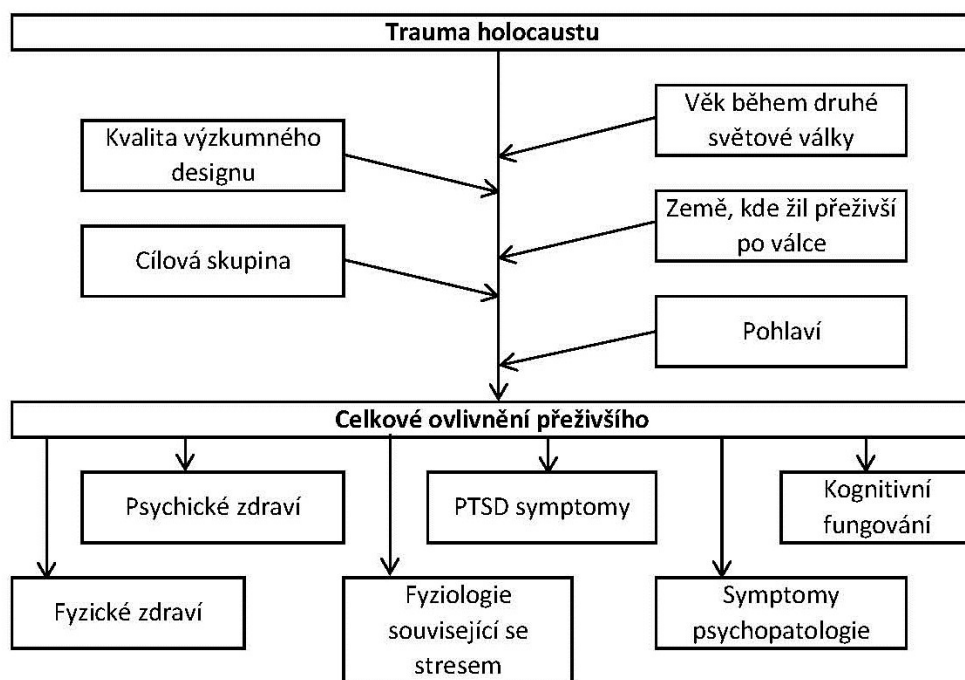
Vyrovňávání se s traumatem holocaustu a hledání jakéhosi smyslu ve všem tom utrpení a přežívání shrnul izraelský umělec Yehuda Bacon do slov:

Jako chlapec jsem si myslil, že řeknu světu, co jsem viděl v Osvětimi, v naději, že by se svět jednou mohl stát jiným; ale svět se nestal jiným a svět nechtěl o Osvětimi nic slyšet. Teprve mnohem později jsem opravdu porozuměl, co je smyslem utrpení. Utrpení má totiž smysl tehdy, staneš-li se sám jiným (in Frankl, 1994, str. 168).

U těch, co přežili, se v 70–75 % rozvinulo PTSD. Během následujících let se 50 % z nich zbavilo znovuprožívání traumatických okamžiků a vtíravých myšlenek, přesto pokud museli jedinci z první generace čelit závažným až ohrožujícím okolnostem, reagovali s vyšší mírou stresu a negativních emocí (Zohar, Giladi, & Givati, 2007). Přeživší však byli během svého života mnohdy vystaveni dalším silným traumatům – úmrtí blízkých osob, závažné onemocnění, válečné zkušenosti atd. (viz také kazuistika v empirické části této práce). Keilson (1979) proto zavedl pojem „postupná traumatizace“ (*sequential traumatization*), který vystihuje kumulující se stresy před válkou, během ní a po ní (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Sagi-Schwartz, 2003).

Rozsáhlá metaanalýza (Barel, Van IJzendoorn, Sagi-Schwartz, & Bakermans-Kranenburg, 2010) přeživších holocaustu ukázala, že v současné době se jedinci první generace nijak neliší od svých vrstevníků, kteří si neprošli nacistickými tábory, po stránce fyzického a psychického zdraví, míry stresu a kognitivních funkcí.

Výzkumy se liší při charakterizování dlouhodobých dopadů holocaustu na první generaci. Faktory, které ovlivnily míru traumatizace i následnou adaptaci po osvobození přeživších holocaustu, jsou různé. Na straně přeživších jedinců lze jmenovat např. konkrétní traumatické zkušenosti, věk za války, pohlaví, země, kde po válce žili. Naopak na straně vědců, kteří se tématem zabývají, jsou proměnné jako např. kvalita výzkumného designu, charakter a výběr cílové skupiny studie atd. Všechny tyto odlišné faktory ovlivňují výsledný pohled na dlouhodobé následky holocaustu (Barel et al., 2010).



Obr. 2 Model celkového ovlivnění přeživších holocaustu na různých úrovních fungování (upraveno podle Barel et al., 2010).

Předejít dalšímu přenosu traumatu (mezigeneračnímu přenosu) lze např. tak, že budou traumatizovaní především svoji zkušenost sdílet, zverbalizují ji. Díky tomu si přeživší mohou uvědomit různé pocity a vjemy, které by jinak museli vytěšňovat, bagatelizovat, popírat, zakrývat atd. Obdobně lze terapeuticky pracovat i s potomky a prapotomky. Nürnberger (2010) uvádí následující příklad:

Matka z 3. generace může přijít na to, že úzkost, kterou někdy vzhledem ke své rodině prožívá, je přenesenou úzkostí. Jinými slovy, že má „vštípenou informaci“, že pokud nebude dost úzkostná, nemůže být dobrou matkou. Toto poznání významně ovlivní míru ženiny úzkosti (Nürnberger, 2010, str. 128, přeloženo ze slovenštiny).

3.4 Druhá generace

Druhou generací jsou míněni potomci přeživších, kteří se narodili po druhé světové válce. Tedy buď jeden, nebo oba rodiče přežili koncentrační tábor nebo si prošli osudem ukryvaného dítěte. Tyto děti se narodily do rodin, které měly svá specifika a ve kterých rodiče byli zatíženi traumatickou zkušeností. Pro tuto generaci je typická ambivalence dvou pocitů –

potřeby chránit své psychicky zraněné a zranitelné rodiče a viny za pocity zlosti vůči nim (Fossion et al., 2003, Klímová et al., 2008).

Bylo pozorováno, že rodiče/přeživší jsou velmi protektivní a mají zvýšenou úzkost ze ztráty (případně nemoci, zranění, neprospívání) svých dětí. Naopak u dětí přeživších byla pozorována nápadně silná propojenost s rodiči a obtíže v separaci a individuaci (více na psychické než na fyzické rovině). Pokud separace nebyla dokončena, může to následně těmto jedincům bránit v plném prožívání partnerských nebo rodičovských vztahů. Potíže se dále objevovaly i v individuálních mezilidských vztazích a vyjadřování a zvládání agrese či mezilidských konfliktech. Druhá generace je vulnerabilnější k psychickému strádání a rozvoji PTSD. Tyto děti cítily potřebu chránit své rodiče na úkor svých potřeb, neboť se domnívaly, že rodiče toho již vytrpěli hodně. Rodiče na své děti v některých případech přenesli svá prožitá utrpení, jindy i pozitiva jako například odolnost, adaptabilitu a zvládací mechanismy (Anderson et al., 2013; Fossion et al., 2003; Klímová et al., 2008; Lichtman, 1984; Sigal, Weinfeld, 1989; Wiseman, Barber, 2008).

V 70. letech začala Judith Kestenberg, dětská psychiatricka, používat termín „transpozice“. Transpozice je pojem vysvětlující proces mezigeneračního přenosu nevědomého traumatu, kdy minulé zážitky rodičů ovlivňují přítomnost jejich potomků a otáčí tak prožívání času z chronologického do retrospektivního (Gradwohl, 2014).

Druhá generace mohla být zatížena sekundární traumatizací, která spočívala v rozvoji negativních emocí následkem úzkého kontaktu s traumatizovanými osobami. Sekundární trauma má obdobné symptomy jako PTSD, ale v mírnější formě (Perlstein, Motta, 2012). V širším slova smyslu zahrnuje sekundární traumatizace zhoršenou sociální adaptabilitu, osobnostní vývoj a výskyt psychopatologických symptomů (Van IJzendoorn et al., 2003).

Dekel, Mandl a Solomon (2013) zjistili, že trauma přeživších omezuje rozvoj PTG u druhé generace. Jde pravděpodobně o souhru faktorů. Trauma holocaustu nebylo v rodinách mezigeneračně vyjádřeno jako utrpení, ale bylo zastoupeno mlčením, což negativně ovlivnilo schopnost svěřovat se u druhé generace. Na potomky mohl být přenesen také pocit viny, že rodiče přežili, zatímco jiní ne. Děti přeživších vyrůstaly v prostředí, kde byly neustále vystaveny traumatu svých rodičů, díky čemuž si mohly vybudovat větší odolnost vůči dalšímu stresu. Malá míra stresu je však spojována s malým PTG. V některých rodinách mohla být předáváná kognitivní schémata o charakteristice sebe sama jako oběti, což může dále ovlivňovat kognitivní schémata a tedy i rozvoj PTG u druhé generace.

Helena Epsteinová (*1947) se narodila v Československu židovským rodičům, kteří si prošli koncentračními tábory. V současnosti je americkou spisovatelkou a novinářkou. Ve své

knize Děti holocaustu (vydáno 1979 v USA) popsala některá specifika a charakteristiky potomků přeživších holocaustu, vyslovila generační pocity svých vrstevníků. Postřehy o hledání identity a o vyrovnávání se s traumatem jsou aplikovatelné i na jiné traumatizované skupiny (Eisenbergerová in Epsteinová, 1994). V České republice bylo kvůli totalitě toto téma druhé generace otevřeno až se zpožděním v 90. letech (Klímová, Roubalová, 2011).

Židé, kteří holocaust přežili, chtěli často co nejdříve založit rodinu, děti často pojmenovávali podle zavražděných příbuzných, měly jim je nahradit. V rodinách byla i dlouho přítomná naděje, že se zmizelí členové rodiny jednoho dne vrátí. Děti druhé generace vyrůstaly v rodinách bez prarodičů, strýců a tet, pokud měly příbuzné, ti byli často daleko, rozeseti na několika kontinentech. Byly bez kořenů, často se ocitly ve zcela novém prostředí, kam rodina po válce emigrovala. U potomků přeživších se typicky objevovala parentifikace, kdy si dvě generace měnily role a děti se staraly o své rodiče, když byli nemocní, trpěli depresemi nebo úzkostmi, místo toho, aby tomu bylo naopak (Epsteinová, 1994).

K rodinnému kontextu se pojí také termín „památná svíce“, kdy se jedno z dětí přeživších rodičů stává nevědomým nositelem rodinného odkazu. Výběr dítěte obvykle vychází z určité podobnosti s některým ze zavražděných příbuzných. Dítě se v některých případech se ztracenou osobou identifikuje a žije tak život někoho jiného (Nürnberg, 2010).

Válka byla pro rodiče mezníkem, vše vztahovali k tomu, co bylo před válkou, nebo naopak k období po válce, ale o samotných válečných utrpeních mluvili velmi zřídka a děti měly obavu se vyptávat. Rodiče často nevěděli, jak vysvětlit svým dětem, proč nacisti zabili jejich prarodiče, proč si museli projít koncentračními tábory, atd. Pro děti byly jejich útržkovité zmínky často nesrozumitelné, protože jejich rodiče mluvili o věcech, zemích, lidech, které neznaly (Epsteinová, 1994).

Autoři (Epsteinová, 1994; Fossion et al., 2003), kteří se věnují popisu a charakteristice druhé generace, uvádějí některá specifika rodinného prostředí u přeživších, kteří emigrovali a museli se tak začlenit do nového kulturního prostředí. Např. v emigrantských rodinách byli rodiče často přepracovaní, pracovali šest dní v týdnu a domů potom přicházeli vyčerpaní, což vyvolávalo atmosféru mlčení a napětí. V těchto rodinách se dále často objevovala nadměrná idealizace, kdy děti vzhlížely k rodičům jako k někomu nadlidskému, neboť se jim podařilo přežít hrůzy holocaustu. Děti znamenaly pro své rodiče důkaz přežití a bylo třeba je chránit. V těchto rodinách však byl neustále přítomný symbol holocaustu – modře vytetovaná čísla na předloktí některých přeživších.

Rodiče mi, myslím, nikdy neřekli, že by je byl někdo bil nebo mučil. To podstatné, co jsem si ze všeho vzala, bylo, že si prošli velkým utrpením a že jsou křehcí. Navenek působili jako silní lidé, ale bylo nutné s nimi jednat v rukavičkách, protože se mohli kdykoliv roztříštit jako váza z porcelánu. Nesměla jsem se na ně zlobit, a přitom, pokud si vzpomínám, byli to jediné lidé, na které jsem měla kdy zlost. Měla jsem pocit, že mě zatížili břemenem, a že tudíž mám právo být na ně naštvaná. [...] Měla jsem povinnost být šťastná a vynahradit jim vše a všechny, o něž přišli (Epsteinová, 1994, str. 25).

Klímová a Roubalová (2011) ve svém článku charakterizují druhou generaci následovně:

Druhá generace zažila tabuizaci tématu šoa, zažila nedokonalost příběhů a slov, absenci rodinného dialogu a s rodiči prožívala především neverbálně jejich zraněné duše i těla. Trauma, jež svými kořeny tkví ve velké společnosti a v předchozí generaci, zpracovává druhá generace především jakožto následek rodinné dynamiky. [...] Druhou generaci provázejí potíže psychosomatické a zraněný koncept člověka, totiž pocity viny a s tím pak související deprese, ztráta smyslu, sklony sebemařící (Klímová, Roubalová, 2011, str. 30).

3.5 Třetí generace

Třetí generací jsou myšleni prapotomci, tedy vnuci a vnučky přeživších holocaustu. Dostupných výzkumů je zde podstatně méně než u předchozích dvou generací, závěry z nich jsou často protichůdné (Gradwohl, 2014).

Tyto děti se narodily do rodin, jejichž rodiče byli velmi silně emočně propojeni s jejich prarodiči/přeživšími, u některých nikdy neproběhla psychická separace. Vzhledem k nedostatku autonomie druhé generace, neměla třetí generace prostor hledat nové formy exprese. I prapotomci museli chránit své rodiče před pocity bezmocnosti, tak jako generace před nimi chránila své rodiče. I zde byl narušen proces psychické individuace, neboť rodiny vyžadovaly pocit „my“. Pociť „já“ byl často vnímán jako popření rodiny. I třetí generace vyrůstala provázena mlčením, nebylo možné se opřít o rodinnou historii. Na rozdíl od svých rodičů nemá tato generace obtíže vyjádřit agresi (Fossion et al., 2003).

Zajímavé je, že často třetí generace dokázala prolomit mlčení svých prarodičů, kteří byli k prapotomkům sdílnější a otevřenější než k vlastním dětem. Zdá se, že trvá dvě generace, než je mlčení překonáno ochotou a motivací vrátit se k traumatickým vzpomínkám (Fossion et al., 2003).

Přestože některé studie naznačují, že trauma se skrze komunikaci a nevyjádřené emoce přeneslo až do třetí generace, jiné studie nenašly žádnou podobu terciární traumatizace. Například kvantitativní výzkum provedený na neklinické populaci, který zkoumal, zda

traumatizace není přenášena ob generaci, tedy z první na třetí, nenašel žádné známky mezigeneračního přenosu, pokud jde o psychologické fungování a *attachment* (Sagi-Schwartz, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2008). Jiná studie (Zerach, & Solomon, 2016) ukázala, že u třetí generace, kterou tvořili prapotomci přeživších holocaustu, jejichž otcové zároveň zažili válečné trauma, se vyskytovala nižší míra PTSD a psychiatrických symptomů než u kontrolní skupiny (bez zkušenosti z holocaustu).

Byla provedena řada studií, zkoumající některé aspekty třetí generace – např. agresivitu, poruchy příjmu potravy, úzkostnost a *attachment* – a výsledky se lišily od signifikantního rozdílu s kontrolní skupinou až po žádný rozdíl (Sagi-Schwartz et al., 2008).

Třetí generace si uvědomuje, jak je důležité předávat svědectví holocaustu dalším generacím (Aarons, Berger, 2017; Sagi-Schwartz et al., 2008).

3.6 Mezigenerační přenos traumatu

Další teorie jsou založeny na předpokladu, že k transmisi mezi generacemi dochází. Zde se však nabízí otázka, co vlastně je myšleno termínem přenos a jak výskyt takového fenoménu zkoumat a dále měřit. Exaktně lze zkoumat přenos biologických dispozic, psychologická rovina je v tomto směru obtížněji uchopitelná, přesto se tímto jevem některé psychologické směry zabývají.

Kellerman (2011) shrnul základní pohledy na transgenerační přenos v rodině v následující tabulce.

Teorie	Přenosové médium	Přenosový faktor
Psychoanalýza	Nevědomí	Potlačené emoce
Rodinný systém	Komunikace	Zmatení rolí
Socializační perspektiva	Výchovný styl	Přenos
Biologické predispozice	Krev, hormony, genetika	Vrozená náchylnost

Tab. 1 Přehled teorií mezigeneračního přenosu (Kellerman, 2011).

Mezigenerační přenos traumatu může být nahlížen z perspektiv různých psychologických směrů. Již Freud si všiml, že kulturní dědictví je utvořeno nejen z dispozic psychiky jedince, ale i konkrétními paměťovými stopami, které zachycují zážitky a zkušenosti předešlých generací. Podle psychoanalýzy není traumatizovaný rodič dost citlivý při pečování o dítě. Dochází tak u jeho potomka k narušení vývoje *self*, kdy zvnitřněný rodič není propojen

s utvářející se identitou dítěte. Traumatizované osoby mohou dokonce na nevědomé úrovni nutit své potomky k řešení neukončených vývojových úkolů své traumatizované generace. Nej náchylnější na mezigenerační transmisi jsou témata tabuizovaná a zamlčovaná (Tóthová, 2011).

Podle systémové perspektivy jsou vztahové vazby v rámci rodiny pro přenos traumatu důležitější než komunikační modely mezi generacemi. Mezi rodinné mechanismy přenosu lze řadit: důvěru, soudržnost a vzájemnou oddanost členů rodiny. Systémová psychoterapeutka Anne Schützenbergerová používá termín „syndrom předků“ (*ancestor syndrome*), který Tóthová vysvětluje takto:

[...] může opakovaně vést nové generace k přehrávání zapomenutých, ale nikdy neodpuštěných či neuzdravených životních příběhů původně patřících rodinám rodičů a prarodičů. [...] Podobně jako je imunitní systém dítěte vybudován na genetickém dědictví, dědí se i neviditelné emoční a psychologické řetězce rodinné paměti, které kódují transgenerační potenciál resilience i zranitelnosti rodiny (Tóthová, 2011, str. 29–30).

Narativní přístup v psychoterapii naopak jako hlavní ochranný aspekt generačního rámce rodiny vyzdvihuje jazyk. Zároveň však jazyk může často být prostředkem přenosu mezigenerační rodinné paměti, která sice není uchovávána komplexně, ale bývá z ní abstrahováno to, co následně může pomoci zrekonstruovat daný referenční rámec (Tóthová, 2011). Kellerman (2011) uvádí, že pokud je např. traumatizující zkušenost holocaustu sdělována postupně a vyváženě, může být potomkem zpracována. Pokud by však téma bylo vnášeno příliš často, nebo naopak příliš málo, může to mít negativní dopady na dítě.

Transgenerační přenos může být dvojího druhu:

- 1) Vědomý, při kterém jsou zkušenosti předků verbalizované a jinak komunikované. Např. příběhy, zvyky, obřady, tradice atd.
- 2) Nevědomý, v rámci kterého dochází k mezigeneračnímu přenosu událostí rodinné minulosti, které zůstávají neuzdravené, neukončené nebo skrývané. Takto se v několika generacích po sobě mohou objevovat různé tragické osudy – např. předčasná otěhotnění a náhlé potraty, předčasná či tragická úmrtí rodičů či sourozenců, přerušení emočního kontaktu s rodiči, útoky nejstarších dětí z rodiny, zatajené podvody, smrtelná onemocnění atd.

Tóthová (2011) uvedla myšlenku, že rodina sama není za svou minulost zodpovědná, avšak nese zodpovědnost za to, jak s takovou minulostí zachází a měla by se retraumatizaci

dalších generací snažit předejít. Narušení mezigeneračních hranic může mít různé podoby jako např. spoustifikace – stav, kdy rodič zatěžuje dítě požadavkem o naplnění vlastních intimních vztahových potřeb; parentifikace, kdy jsou rodičem či oběma rodiči na dítě přenášeny povinnosti a zodpovědnosti, které obvykle patří rodičům. S parentifikací potom souvisí převrácení rolí, v rámci něhož jsou role vyměněny i v širším kontextu a dítě se stává rodičem a pečuje o rodinu. Další z forem narušení mezigeneračních hranic je triangulace, při níž vzniká duální koalice dvou členů rodiny, proti tomu třetímu, atd. (Tóthová, 2011).

Kromě přenosu na duševní úrovni, může být trauma přenášeno také na úrovni socializační a biologické. Socializační teorie předpokládá, že přenosové médium traumatu představuje výchovný styl rodičů. Pokud se ve výchově objevuje příliš silná vzájemná závislost mezi rodiči a dětmi, může dojít ke zmatení generačních rolí a vyvolat negativní chování u dítěte.

Naopak biologický pohled klade důraz na genetické a biochemické dispozice jedince, které se mohou stát důvodem určité nemoci. Důležité osobnostní charakteristiky jsou děděny z rodičů na děti stejně tak, jako mohou být přenášena některá duševní onemocnění a psychopatologie pramenící z traumatu (Kellerman, 2011). K mezigeneračnímu přenosu fenotypu dochází na genetické úrovni. Traumatem mohou být ovlivněny již např. zárodečné buňky před samotným početím traumatizované matky či otce, nebo plod během nitroděložního vývoje či v jakékoliv postnatální fázi. Rodiče mohou další generace ovlivnit např. mírou genetických predispozic pro rozvoj psychopatologie, ale i svým rodičovským chováním, sdílenými geny či sdíleným okolním prostředím. Z etických důvodů nejsou možné genetické výzkumy nitroděložně vyvíjejících se lidských plodů, jsou však prováděny např. na hlodavcích, kde byl prokázán mezigenerační přenos zvýšené náchylnosti k rozvoji onemocnění napříč několika generacemi. Výsledky, které byly prokázány na hlodavcích, však nelze tak snadno transponovat na lidi (Klengel, Ressler, & Dias, 2016).

Mezigenerační přenos traumatu může být zmírněn díky odolnosti jedince, avšak také vlivem dalších vnitřních a vnějších faktorů. Pokud jde o vnější, tedy psychosociální faktory, figuruje zde mnoho vlivů, jako např. míra traumatizace rodičů, rodina a rodinná komunikace, prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, kultura a sociální třída. Z vnitřních faktorů lze zmínit např. osobnost dítěte, typ *attachmentu*, genetickou výbavu atd. Právě geny mají velký vliv na rozvoj případné psychopatologie, pokud bylo dítě v raném věku vystaveno nějaké velmi stresující události (Kaitz, Levy, Ebstein, Faraone, & Mankuta, 2009).

3.7 Trauma holocaustu napříč generacemi

Mezigenerační přenos traumatické zkušenosti je asi nejlépe prozkoumán u přeživších holocaustu. Dvacáté století však nepřineslo jen trauma druhé světové války a holocaust, ale i další genocidy např. v Arménii, bývalé Jugoslávii, Kambodži, Nigérii, Rwandě atd. Holocaust se od ostatních odlišuje svým rozsahem miliónů obětí, průmyslovým designem likvidace a dalšími aspekty (Danieli in van IJzendoorn et al., 2003). Vědci se v poslední době věnují čím dál tím více zkoumání dlouhodobých dopadů traumatu a jeho možnému mezigeneračnímu přenosu.

Rodinný odkaz může být předáván verbálně a neverbálně. Verbální dědictví se vytratilo v první generaci – přeživší o svých příbuzných nemluvili, neboť mnoho z nich, ne-li všichni, byli zavražděni v koncentračních táborech. Tyto vzpomínky byly bolestivé a bylo jednodušší je přehlásit mlčením, zapomenout a začít žít od začátku. Neverbální rodinné dědictví je obvykle předáváno mladším prostřednictvím rituálů, tradic, rodinných oslav, fotografií, rodinných předmětů a vzpomínek či pamětí. Během nacistické okupace se však obvykle rodinné předměty a fotografie ztratily a část přeživších se navíc po válce odklonila od židovských tradic (stali se ateisty, či nechali své děti pokřtít) s odůvodněním, aby se dalším antisemitským neštěstím vyhnuli (Epsteinová, 1994; Fossion et al., 2003).

Traumatické poselství může být rodiči buď přenášeno, nebo umlčeno, a každá varianta může mít jiný dopad na psychiku jejich potomků. Druhá generace si takové jednání může, jak ukázala kvalitativní studie, spojit s neschopností svých rodičů se správně zhodnotit rodičovské role. Také se u potomků mohou objevit různé podoby traumatické zkušenosti jejich rodičů jako např. strach, že jsou identifikovatelní vnějšími znaky, mají zkušenosti s pocity viny, viktimizace a podřízení, mají předvídatelné rodičovské trauma a vystrašený pohled na svět (Braga, Mello, & Fiks, 2012).

Mezigenerační přenos traumatu nebyl u přeživších holocaustu a jejich potomků prokázán u neklinické populace, tedy u těch, kteří nebyli psychiatricky léčeni (van IJzendoorn et al., 2003). Na klinické populaci byla sekundární traumatizace potomků přeživších prokázána, neboť se objevila přítomnost např. většího distresu, problémů v separaci a individuaci, specifických kombinací odolnosti a vulnerability ve stresových situacích atd. (Dekel, Goldblatt, 2008).

Studie zabývající se mezigeneračním přenosem následků holocaustu jsou nekonzistentní, pokud jde o výsledky kvalitativních a kvantitativních studií. Kvalitativní výzkumy naznačují silnou vazbu mezi traumatizací během holocaustu a psychopatologií, zatímco u kvantitativních studií je tento vztah podstatně slabší (Zohar et al., 2007). Klinická

pozorování přeživších a jejich potomků se se závěry empirických výzkumů neshodují (Braga et al., 2012). Je ovšem zřejmé, že druhá a třetí generace má specifickou kombinaci zranitelnosti a odolnosti (Giladi, & Bell, 2013).

Mezigenerační přenos traumatu se u přeživších holocaustu a jejich potomků pravděpodobně neobjevuje díky zvýšené odolnosti. Ta může být přenášena jak geneticky z první generace, tak na úrovni osobnostních charakteristik a dalších faktorů (Sagi-Schwartz et al., 2008). Nebyl prokázán jiný výchovný styl u přeživších, kteří se stali rodiči, tedy u druhé generace se attachmentová vazba vyvinula, zvýšená úzkostnost nebyla atd. (Sagi-Schwartz, van IJzendoorn, Grossmann, Joels, Grossmann, Scharf, & Alkalay, 2003). Ani další odlišnosti se na fyzické nebo psychické rovině u druhé generace neprokázaly (blíže viz výzkumy autorů Sagi-Schwartz, van IJzendoorn et al.). Sekundární traumatizace se však objevuje u klinické populace, kdy první generace je velmi resilientní, zatímco druhá je velmi citlivá na stres (Van IJzendoorn, Fridman, Bakermans-Kranenburg, & Sagi-Schwartz, 2013).

Obdobné výsledky výzkumů uvádí i Zohar a kol. (2007). Ukázalo se, že druhá generace není zatížena žádnou zvýšenou psychopatologií v důsledku traumatizace svých rodičů. Pokud byli však potomci přeživších vystaveni nějaké náročné životní situaci, rozvine se u nich PTSD dvakrát častěji než u kontrolní skupiny. Obdobně i ženy z druhé generace reagovaly s větší mírou stresu a psychiatrickou symptomatologií než kontrolní vzorek. Naproti těmto studiím, které byly provedené na klinické populaci, stojí výsledky studií na běžné populaci druhé generace, kde se zvýšená psychopatologie neobjevila.

V kontrastu ke studiím, jež nenašly žádné důkazy transgenerační transmise, lze uvést např. výzkum vědců Giladi a Bell (2013) Ti potvrdili mezigenerační přenos traumatických zkušeností holocaustu na druhou a třetí generaci. Potomci a prapotomci přeživších měli signifikantně vyšší hladinu sekundárního traumatického stresu, uváděli horší rodinnou komunikaci a problémy v diferenciaci *self*. Otevřená komunikace v rodině a dobře utvořené *self* naopak přenosu sekundární traumatizace předchází. Jiná studie (Wiseman, Barber, Raz, Yam, Foltz, & Livne-Snir, 2002), v souladu s předchozí, zjistila, že pokud matky-přeživší v rodinách komunikovaly málo o svých traumatických zkušenostech se svými potomky, druhá generace vykazovala větší hladinu distresu.

Další studie (Fossion et al., 2015) se zabývala rodinným uspořádáním a fungováním u přeživších holocaustu, kteří jsou náchylnější k vyšší míře výskytu úzkostných a depresivních symptomů, a dopadem této psychopatologie na rodinný systém. Ukázalo se, že

rodiny druhé generace jsou častěji dysfunkční než u kontrolní skupiny. Vědci zjistili, že k mezigeneračnímu přenosu dochází skrze strukturu rodiny, jež má častěji patologické rysy.

Metaanalýza (Van IJzendoorn et al., 2003) 32 studií, které se týkaly první a druhé generace přeživších holocaustu, ukázala určité známky sekundární traumatizace. Metodologie výchozích výzkumů jsou však sporné – liší se velikostí vzorku, výběrem vzorku (často jen klinická populace první či druhé generace), vlivem dalších traumat atd. Tam, kde byli přeživší vystaveni dalším silně stresujícím událostem – válka, diagnóza rakoviny – byla patrná i sekundární traumatizace. Tam, kde další silné trauma chybělo, se sekundární traumatizace neprokázala, v těchto případech se rodičům tedy podařilo své potomky před dosahem holocaustu uchránit.

S reakcí na stresor a mírou stresu velmi úzce souvisí hormon kortizol, jehož produkce je ovlivněna hormonálním systémem hypotalamus – hypofýza – nadledvinky. Kortizol je vylučován v reakci na interakci jedince se stresujícím či novým prostředím a jeho hladina je obvykle nejvyšší ráno a během dne klesá. Kortizolový denní rytmus je relativně stálý u dospělých, ale může být snadno narušen u traumatizovaných či deprivovaných dětí. Nižší hladina kortizolu byla zjištěna u jedinců druhé generace, kteří jsou tak náchylnější ke stresu. Není jasné, zdali je nižší produkce tohoto hormonu ovlivněna již prenatálním vývojem nebo až ranou výchovou (Van IJzendoorn et al., 2013; Van IJzendoorn et al., 2003).

Hladinu kortizolu může také ovlivnit přítomnost disociace, tedy určité odloučení od reality, od fyzických a psychických prožitků, což dále vede k různým psychopatologickým symptomům jako např. amnézie, depersonalizace, derealizace atd. Van IJzendoorn a kol. (2013) zjistili, že hladina kortizolu byla nižší u potomků těch přeživších holocaustu, u nichž se objevila disociace.

Kromě možnosti mezigeneračního přenosu na úrovni komunikace či úrovni biologické (hormonální) byl veden výzkum transgeneračního přenosu vnímané rodičovské zátěže (*perceived parental burden*) u druhé a třetí generace. Vnímaná rodičovská zátěž znamená míru, do jaké se potomci cítí zatíženi bolestí a nevyřešenými problémy svých rodičů, což jim dává pocit zodpovědnosti a potřebu své rodiče ochraňovat. Výsledky ukázaly, že k přenosu rodičovské zátěže může docházet přes oba rodiče do druhé a třetí generace, u kterých se potom objevují posttraumatické symptomy související s holocaustem (Letzter-Pouw, Shrira, Ben-Ezra, & Palgi, 2014).

Dekel, Solomon a Rozenstreich (2013) zkoumali izraelské válečné veterány, z nichž část tvořila právě druhá generace. Ukázalo se, že u potomků přeživších holocaustu se objevily závažnější symptomy PTSD bezprostředně po válce, ale v dlouhodobějším horizontu naopak

vykazovali méně příznaků PTSD než jiní veteráni. Dekel a spol. navrhuje teorii, že dochází k mezigeneračnímu přenosu pozitivních aspektů následujících traumatickou zkušenost.

Je patrné, že výsledky studií jsou nekonzistentní. Metaanalytické studie neprokázaly přenos traumatické zkušenosti z holocaustu v neklinické populaci (Van IJzendoorn et al., 2013). Někteří autoři tak nacházejí známky mezigeneračního přenosu traumatu ve specifických charakteristikách druhé a třetí generace (Giladi, Bell, 2013; Van IJzendoorn et al., 2013), jiní zase uvádějí, že druhá a třetí generace se významně neliší od kontrolních skupin (Sagi-Schwartz et al., 2003; Van IJzendoorn et al., 2003; Zohar et al., 2007). V každém případě je třeba mít na paměti, že studie se liší v metodologických postupech, ve výběru vzorku, v zahrnutí či vynechání klinické populace do výzkumu, v designu zaměřeném na respondenty-emigranty nebo na přeživší žijící v zemích svého původu atd. Všechny tyto aspekty mohou mít dopad na výsledky studie (Barel et al., 2010).

Empirická část

4 Charakteristika výzkumu

Tato diplomová práce byla vypracována jednak ve spolupráci s komplexním výzkumem, který hledá neurobiologické markery stresu, jednak na základě vlastního kvalitativního výzkumu.

4.1 Cíle

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat výskyt fenoménů posttraumatického stresu a posttraumatického růstu u přeživších holocaustu (první generace) a jejich potomků a prapotomků (druhá a třetí generace) a porovnat tato zjištění s kontrolní skupinou, která si s sebou nenese trauma holocaustu.

Tematika PTG u přeživších holocaustu a jejich potomků nebyla dosud důkladně prozkoumána. V této práci vycházím z konceptu vědců L. G. Calhouna a R. G. Tedeschiho, kteří popisují PTG v pěti oblastech (podrobněji viz teoretická část této práce). Považuji za zajímavé zaměřit se na to, do jaké míry se u přeživších holocaustu a u jejich potomků PTG rozvinul, tedy u nich i po těchto drastických událostech nastala nějaká pozitivní změna. Dále bych se ráda podívala na to, v jakých konkrétních oblastech dochází u přeživších k posttraumatickému růstu. Tato data budou v rámci výzkumu získána prostřednictvím Dotazníku posttraumatického růstu (PTGI). Data o PTG budou porovnána s hladinou traumatizace, která bude zjišťována pomocí dotazníku PCL-C. Kvantitativní část práce bude ilustrována konkrétním příkladem případové studie přeživší a její dcery.

Konkrétními cíli této práce je zjistit odpovědi na následující otázky:

- 1) Vyskytuje se u přeživších holocaustu a jejich potomků vyšší míra traumatizace než u kontrolní skupiny?
- 2) Vyskytuje se u přeživších holocaustu a jejich potomků vyšší míra posttraumatického růstu než u kontrolní skupiny?
- 3) Které oblasti PTG jsou u přeživších holocaustu a jejich potomků nejvíce rozvinuté?
- 4) Existuje mezi výsledky dotazníků PCL-C a PTGI lineární vztah?
- 5) Vyskytuje se u vybraných respondentů mezigenerační dopad traumatu holocaustu?

4.2 Prostředí výzkumu

Tato diplomová práce vzniká v částečné spolupráci s výzkumem „*Neurobiological Markers of Stress / Resilience Response to Long-Term Life Threatening Situations, A Three Generation Study of Holocaust Survivors And Their Offspring*“, jehož hlavním řešitelem je prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc. a který zaštiťuje Centrum neurověd CEITEC – Středoevropský technologický institut. Doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D., vedoucí této diplomové práce, se v rámci řešitelského týmu zabývá psychologickou částí dat.

Studie mající za cíl prozkoumat neurobiologické markery odolnosti vůči stresu a reakci na stres, vychází z předpokladu, že extrémní a dlouhodobé působení stresu (např. holocaust) vede k ovlivnění behaviorálních, psychologických i neurobiologických funkcí člověka. Účelem této studie je identifikovat důsledky dlouhodobého a hlubokého stresu a prozkoumat jeho případný mezigenerační přenos. Do budoucna lze výsledky této studie použít jako základ pro léčbu následků extrémní traumatizace (např. v souvislosti s válečnými zážitky).

Vyšetření v rámci studie má tři základní části. V té první je respondentovi odebrána krev pro následnou analýzu hladiny stresových hormonů (prolaktin a kortizol) a ke stanovení relativní délky telomer – koncových částí chromozomů. Dále je testována respondentova kognice pomocí Addenbrookského kognitivního testu se zaměřením na pozornost, orientaci v čase, paměť, slovní produkci, jazyk a zrakově-prostorovou orientaci, to vše za účelem vyloučení neurodegenerativního onemocnění. Závěrem první části podstoupí proband sčerpání sliznice s cílem určit expresi neurotrofického faktoru (BDNF). Ve druhé části čeká respondent vyšetření magnetickou rezonancí, prostřednictvím níž jsou pořízeny anatomické a funkční snímky mozku. Během tohoto vyšetření budou také snímány fyziologické parametry – EKG, záznam dýchání a kožní odpor. V rámci třetí části probíhá psychologické vyšetření, jež začíná krátkým strukturovaným rozhovorem. Následují dotazníky PTGI a dotazníky na symptomy stresu a úzkosti (PCL-C, TSC, DES, LSCL). Celé vyšetření trvá přibližně 2–3 hodiny.

Podmínkou výzkumu je, aby byla v případě jednoho konkrétního respondenta sebrána data z magnetické rezonance téhož dne, jako u něj proběhl odběr krve. Vzhledem k tomu, že hladina hormonů se během dne mění dle diurnálního rytmu, doporučuje se celé vyšetření realizovat v dopoledních hodinách. Rovněž je důležité, aby magnetická rezonance předcházela dotazníkovému vyšetření, protože především strukturovaný rozhovor obsahuje i velmi osobní a pro respondenta emotivní otázky, které jej mohou rozrušit, zatímco v magnetické rezonanci je proband vyzýván k úplnému klidu a nepřemýšlení nad ničím („*resting state*“).

Je patrné, že vyšetření, které jedinec v rámci studie podstoupí, je komplexní a snaží se nasbírat co nejvíce a co nejuniverzálnějších dat. A to především o první generaci přeživších holocaustu, která stárne a nenávratně odchází.

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor sestává ze tří generací přeživších holocaustu a je porovnáván s kontrolní skupinou. Toto trojgenerační členění respondentů má za cíl zjistit případný mezigenerační přenos traumatického stresu na neurobiologické úrovni. Na úvod je třeba říci, že se v rámci studie zapojily pouze tři celé rody, tedy dvě generace přímých potomků přeživších holocaustu.

Data do této diplomové práce byla získána od 150 respondentů (viz Tab. 2), celá studie však ještě probíhá a její závěry budou vycházet z odpovědí vyššího počtu respondentů. Věk osob se pohyboval v rozmezí 15–96 let ($M = 60$, $SD = 20$). V celém souboru je celkem 100 žen (66,7 %) a 50 mužů (33,3 %).

První generaci – přeživší holocaustu – představuje skupina respondentů narozená před nebo během druhé světové války, která byla vystavená extrémní a dlouhodobé formě stresu ať už v koncentračních táborech, nebo jako tzv. ukryvané děti. Tuto skupinu tvoří celkem 43 respondentů – přeživších (30 žen, 13 mužů). Věkový rozptyl první generace je 73–96 let ($M = 83$, $SD = 6,6$). Lze předpokládat, že se na trauma holocaustu během života nabalila ještě další traumata a silně stresové situace. Přeživším je v době psaní této diplomové práce 73 a více let, s tím souvisí i urgentnost sběru dat u této skupiny, která postupně a nenávratně ubývá. Tato skupina byla kontaktována přednostně a testování přeživších probíhalo na dvou místech – v Brně v rámci CEITEC MU a v Praze v rámci Národního ústavu duševního zdraví (dále jako NÚDZ).

Druhá generace – potomci přeživších – jsou respondenti, jejichž rodiče holocaust přežili. V této skupině figuruje 67 respondentů (45 žen, 22 mužů). Věkový rozptyl této skupiny představuje 31–72 let ($M = 61$, $SD = 8,8$). Tato skupina může být ovlivněna traumatizací svých rodičů na rovině psychické i behaviorální – může se u ní tedy objevit sekundární traumatizace a potenciálně může docházet k transgeneračnímu přenosu traumatu. Naopak na rovině biologické může docházet k neurofyzilogickým změnám. Respondenti z druhé generace si ze života mohou nést individuální traumatické zkušenosti. Data k této skupině byla sbírána jen v Brně.

Třetí generace – prapopotomci přeživších – může být zatížena terciální traumatizací, prožít vlastní traumata nebo se, díky svému nízkému věku, cítit dosud traumaty nezatížena. Tuto

skupinu tvoří 40 respondentů (25 žen, 15 mužů). Věkový rozptyl této skupiny je 15–49 let ($M = 35$, $SD = 9$).

Za účelem porovnání dat a zmapování případných výrazných odlišností jsou sbírána data i u kontrolní skupiny, což jsou respondenti, kteří sami nebo jejich předci nepatřili mezi systematicky likvidovanou skupinu během druhé světové války. Kontrolní skupina by té výzkumné měla odpovídat rozložením věku, pohlaví i dalších sociodemografických údajů. Celý soubor kontrolní skupiny sestává ze 79 respondentů ve věkovém rozptýlu od 16 do 91 let ($M = 57$, $SD = 21$). První generaci odpovídá 18 kontrolních respondentů (11 žen, 7 mužů), ve věku 76–91 let ($M = 83$, $SD = 4,1$). Druhé generaci odpovídá 36 kontrolních respondentů (24 žen, 12 mužů), ve věku 37–73 let ($M = 61$, $SD = 11$). Třetí generaci odpovídá 25 kontrolních respondentů (15 žen, 10 mužů), ve věku 16–53 let ($M = 31$, $SD = 8,8$).

Vzhledem k tomu, že se studie soustředí na přeživší holocaustu a jejich potomky, respondenti byli osloveni prostřednictvím židovských obcí v Praze a Brně. Celé rody, tedy tři generace ve vztahu rodič – potomek – prapotomek, se ve studii objevily pouze tři.

Účast ve studii je zcela dobrovolná, účastníci mají možnost získat jako jakousi odměnu za účast CD se snímky vlastního mozku, na vyžádání mohou být vyšetřeny strukturální snímky mozku radiologem.

	Počet respondentů	Věkový průměr	Směrodatná odchylka
celý soubor E	150	60	20
celý soubor K	79	57	21
1. generace E	43	83	6,6
1. generace K	18	83	4,1
2. generace E	66	61	8,8
2. generace K	36	61	11
3. generace E	40	35	9
3. generace K	25	31	8,8

Tab. 2 Základní popis výzkumného souboru (pozn. E = experimentální skupina, K = kontrolní skupina).

4.4 Sběr dat a administrace dotazníků

Hlavní část sběru dat proběhla v Brně v institutu CEITEC. Pro nejstarší mimobrněnské respondenty (1. generace) by bylo cestování náročné a jejich účast ve studii by tak byla ztížená či znemožněná. CEITEC tedy navázal spolupráci s NÚDZ v Klecanech, kde proběhlo šetření některých z přeživších holocaustu.

Sběr dat a administrace dotazníků prováděli proškolení výzkumníci a odborníci na obou pracovištích. Výzkumník vždy předčítal testové položky a zapisoval odpovědi. Moje participace na sběru dat v rámci tohoto výzkumu spočívala v administraci dotazníků a provádění rozhovorů v rámci vyšetření v NÚDZ. Sama jsem kontaktovala respondentky kazuistik.

4.5 Etické otázky výzkumu

Celá studie, zaměřená na neurobiologické markery stresu, byla schválena etickou komisí. Každý účastník na začátku podepisuje Informovaný souhlas s účastí ve výzkumné studii, v rámci něhož jsou respondentům/dobrovolníkům vysvětleny záměry výzkumu, postup sběru dat a vyšetření, slíbena anonymizace dat a možnost kdykoliv ze studie odstoupit. Data jsou shromažďována a uchovávána pouze pod číselnými kódy.

S respondentkami do kvalitativní studie byl podepsán zvláštní informovaný souhlas, kterým jsem slíbila anonymizaci dat (jména jsou v kazuistikách změněna, identifikační údaje, pokud možno, vynechány). Dále jsem respondentkám zaručila, že interview může být kdykoliv ukončeno, a získala jsem od nich souhlas s nahráváním celého rozhovoru.

4.6 Metody sběru dat

Tato diplomová práce se pokouší propojit přístup kvantitativní i kvalitativní se snahou zachytit komplexitu posttraumatického stresu a růstu v mezigeneračním kontextu. Dotazníkové šetření je tak doplněno dvěma případovými studiemi, které si kladou za cíl ilustrovat data konkrétními příklady a přinést hlubší nahlédnutí do života představitelek dvou generací.

4.6.1 Kvantitativní metody

Z kvantitativních metod byly použity dotazníky – konkrétně Dotazník posttraumatického stresu (PCL-C) a Dotazník posttraumatického růstu (PTGI).

Dotazník PCL-C vytvořil Weathers a spol. roku 1993 pro americké Národní centrum pro PTSD. Dotazník sestává ze 17 položek, které vychází z DSM-IV. Respondenti jsou tázáni, jak často se s určitými symptomy potýkali za poslední měsíc, a odpovídají na pětistupňové škále (1–5). Dotazník lze skórovat dvěma způsoby: můžeme sečíst celkové skóre (rozmezí 17–85 bodů), které respondent získal v jednotlivých položkách, nebo naopak postupujeme podle skupin symptomů/klastrů dle DSM-IV. Cut-off skóre pro běžnou populaci, s odhadovanou četností výskytu PTSD přibližně 15 % nebo méně, se pohybuje v rozmezí

30–35 bodů. Reliabilita dotazníku je $r = 0,66$ (metoda test-retest; blíže viz teoretická část této práce).

Dotazník PTGI vytvořili vědci Calhoun a Tedeschi roku 1996 (česká verze Marek Preiss, NÚDZ). Dotazník se skládá z 21 položek, které reprezentují 5 oblastí posttraumatického růstu – vztahy s druhými, nové možnosti, osobní růst, spirituální změna a ocenění života. Odpovědi jsou zaznamenávány do šestibodové Lickertovy škály od „0 = nepocítil jsem žádnou změnu v důsledku této krize“ až po „5 = prožil jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize“. Vnitřní konzistence testu je $\alpha = 0,90$ a reliabilita je $r = 0,71$ (Tedeschi, Calhoun, 1996; blíže viz teoretická část této práce).

Cílem této kvantitativní/nomotetické části je na základě odpovědí 150 respondentů první, druhé a třetí generace zjistit hladinu PTG a hladinu traumatizace v porovnání ke kontrolní skupině. Dále se tato část soustředí na mapování specifík PTG u přeživších holocaustu.

4.6.2 Kvalitativní metody

Za idiografický/kvalitativní přístup označujeme naopak takový, který hledá kvalitativní data, jež jdou do hloubky u každého jednotlivce, za účelem nalezení individuálních a specifických rysů a vlastností konkrétní osoby. V této práci tento přístup reprezentují dvě případové studie/kazuistiky, pro něž byla data sbírána během polostrukturovaných rozhovorů. Jako základní osa otázek posloužily dotazníky PTGI a PCL-C, rozhovor však mířil více do hloubky, na konkrétní příklady, do dalších oblastí, atd. Rozhovor byl doplněn o pozorování a porovnání s kvantitativními daty a výsledky dotazníků.

4.6.3 Použité metody

Kvantitativní data byla zpracována v programu SPSS a Microsoft Excel. Použitými statistickými metodami jsou:

1. Kolmogorov-Smirnovův test ke zjištění rozdělení dat;
2. Mann-Whitneyův test k ověřování hypotéz o vyšší míře traumatizace, ale i růstu u přeživších holocaustu a jejich potomků;
3. paralelně k Mann-Whitneyově testu parametrický T-test pro dva nezávislé soubory za účelem porovnat výsledky;
4. Kruskal-Wallisův test ke zjištění rozdílů mezi generacemi;
5. paralelně s testem Kruskal-Wallis i Analýza rozptylu za účelem porovnání výsledků;
6. Spearmanův korelační koeficient ke zjištění vztahu mezi dotazníky PCL-C a PTGI.

V kvalitativní části byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

5 Výsledky kvantitativního výzkumu

V této části diplomové práce jsou představeny výsledky statistického zpracování dat, doplněné o přehledové tabulky a grafy. Interpretace výsledků je uvedena společně se závěry kvalitativní části této práce v kapitole Diskuze.

5.1 Test normality

Rozdělení dat bylo zkoumáno pomocí jednovýběrového Kolmogorovova–Smirnovova testu. Nulovou hypotézu, tedy H_0 : data mají normální rozdělení, nezamítám ($p > 0,05$) pouze u testu PTGI a u subškály tohoto dotazníku vztahy s druhými. Dále se ukázalo, že další subškály dotazníku PTGI nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna, ocenění života a dotazník PCL-C nemají normální rozdělení (viz Tab. 3). V této práci tedy budou použity neparametrické metody (pro převahu nenormálního rozdělení dat), které budou závěrem porovnány s výsledky testů parametrických.

Jednovýběrový Kolmogorov-Smirnovův test							
	PTGI	Vztahy s druhými	Nové životní možnosti	Osobnostní růst	Spirituální změna	Ocenění života	PCL_C
Kolmogorov-Smirnov Z	1,090	1,229	1,390	1,411	3,023	1,552	1,983
Oboustranná signifikance	0,185	0,098	0,042	0,037	0,000	0,016	0,001

Tab. 3 Jednovýběrový Kolmogorov-Smirnovův test.

5.2 Dotazník PCL-C

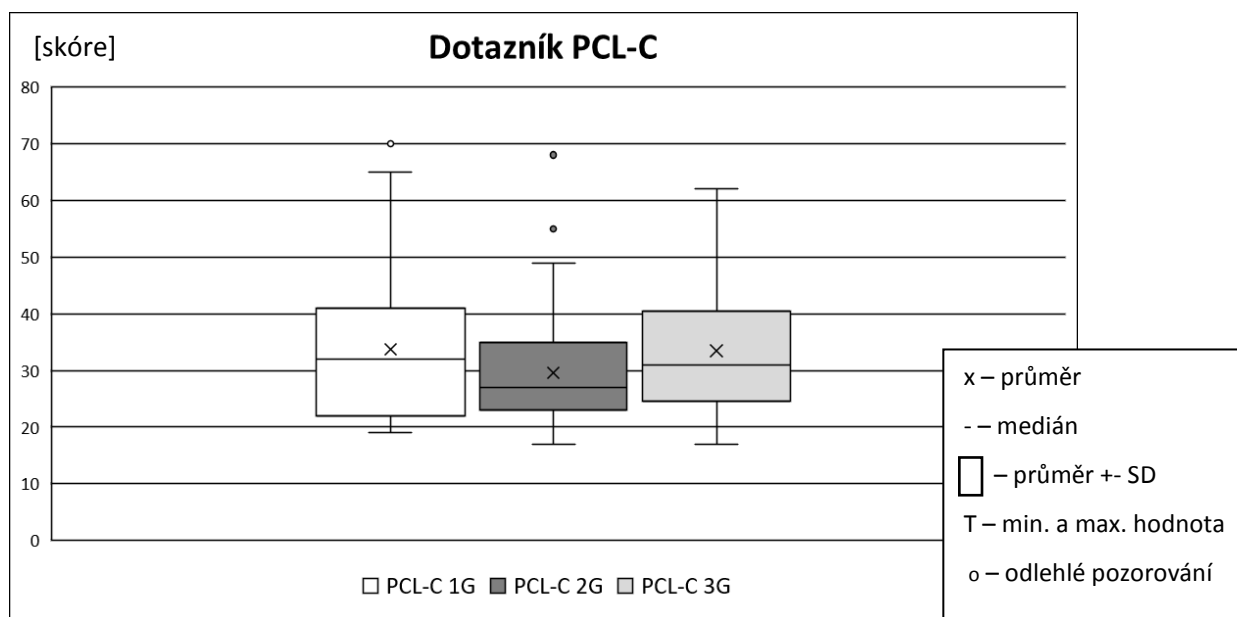
Odpovědi v dotazníku PCL-C byly skórovány na škále 1–4, celkové skóre se proto pohybuje v rozmezí 17–68 bodů. Celkové skóre 17 položek bylo zjišťováno součtem odpovědí u všech 17 položek.

Z krabicového grafu (Graf 1) je patrné, že v průměru nejvyšších hodnot v dotazníku PCL-C dosahovali respondenti první generace, podobně vysokých hodnot dosahovali respondenti z třetí generace, v průměru nižších hodnot dosahovali respondenti druhé generace. U první a druhé generace se objevila odlehlá pozorování. Odpovědi respondentů druhé generace jsou nejhomogennější (kromě dvou odlehlých pozorování) v porovnání k dalším dvěma generacím.

Odpovědi respondentů z první generace (N = 43) dosáhly hodnot: průměr = 33,7; medián = 32; 1. kvartil = 22,5; 3. kvartil = 41.

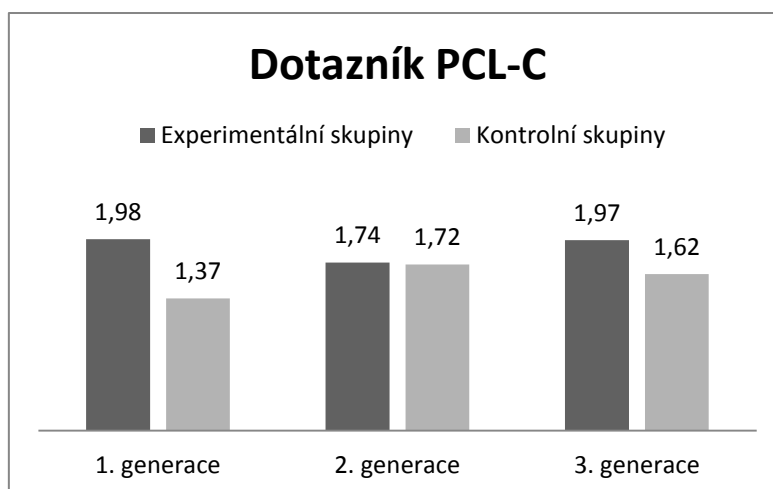
Odpovědi respondentů druhé generace (N = 67) dosáhly hodnot: průměr = 29,6; medián = 27; 1. kvartil = 17; 3. kvartil = 35.

Odpovědi respondentů třetí generace (N = 40) dosáhly hodnot: průměr = 33,4; medián = 31; 1. kvartil = 17; 3. kvartil = 35.



Graf 1 Krabicový graf znázorňující celkové skóre v dotazníku PCL-C v závislosti na generaci.

Dotazník PCL-C má cut-off skóre pro běžnou populaci 30–35 bodů. Tuto hranici překročilo, a tedy vykazuje známky aktuální traumatizace, v první generaci 39,5 % respondentů, ve druhé generaci 19,7 % respondentů a ve třetí generaci 35 % respondentů.



Graf 2 Graf znázorňující průměry hodnot odpovědí v dotazníku PCL-C jak u experimentální skupiny, tak u kontrolní skupiny.

Ve statistickém zpracování dat nebyly porovnávány součty hodnot odpovědí, ale jejich průměry (Graf 2), a to za účelem jednoduššího srovnání hodnot napříč testy s nesterým množstvím položek. Nejvyšších hodnot dosahují respondenti experimentální skupiny v první a třetí generaci. Z grafu je patrné, že vyšší traumatizace se objevuje u přeživších holocaustu a jejich potomků a prapotomků.

Neparametrický Mann-Whitneyův test ($Z = -3,092$; $p = 0,001$) ukázal, že se výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou statisticky významně liší ($p < 0,05$) v míře traumatizace.

5.3 Dotazník PTGI

PTG se může rozvinout jako odpověď na prožití silně stresové či traumatické situace. Respondenti byli nejdříve tázáni na náročné životní události, které nějak změnily jejich život. Dotazník uváděl 13 potenciálně traumatizujících situací a prostor pro individuální odpověď v položce „jiné“.

Událost	1. generace	2. generace	3. generace
Ztráta milované osoby	67 %	73 %	55 %
Chronická nebo akutní nemoc	30 %	28 %	48 %
Násilný zločin	12 %	6 %	8 %
Nehoda nebo zranění	16 %	25 %	15 %
Přírodní katastrofa	2 %	3 %	5 %
Invalidita	12 %	12 %	3 %

Ztráta zaměstnání	12 %	27 %	10 %
Finanční potíže	12 %	13 %	18 %
Změna pracovní pozice nebo stěhování	26 %	25 %	15 %
Změny odpovědnosti v rodině	12 %	15 %	18 %
Rozvod	23 %	33 %	18 %
Nástup do důchodu	14 %	6 %	0 %
Válka	72 %	5 %	0 %
Jiné	7 %	49 %	40 %
Neodpověděli	7 %	6 %	8 %

Tab. 4 Procentuální zastoupení odpovědí u respondentů první, druhé a třetí generace experimentální skupiny. Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Tabulka č. 4 uvádí procentuální zastoupení odpovědí respondentů všech tří generací. Je třeba upřesnit, že probandi mohli zmínit libovolný počet odpovědí, někteří neuvedli žádnou traumatizující událost.

V první generaci se jeví jako jednoznačně nejtraumatičtější „válka“ (72 %), k odpovědím bylo doplňováno holocaust, odchod do transportu apod. Další velmi traumatizující událostí byla „ztráta milované osoby“ (67 %), což může souviset jak s obdobím druhé světové války, kdy přeživší ztratili členy své rodiny, tak s vysokým věkem respondentů, kdy úmrtí blízkých ke stáří patří. Třetí nejčastější odpovědí byla „chronická nebo akutní nemoc“ (30 %), což opět může souviset s fyzickými následky holocaustu nebo s vysokým věkem respondentů.

Ve druhé generaci se nejčastěji objevovala odpověď „ztráta milované osoby“ (74 %), což pravděpodobně souvisí s věkem respondentů, kdy se smrt blízkých objevuje jako přirozený fenomén provázející stárnutí. Další častou odpovědí byla kategorie „jiné“ (50 %), následovaná odpovědí „rozvod“ (33 %). Je třeba doplnit, že i u druhé generace se objevuje u tří respondentů jako traumatizující situace „válka“. Při kvalitativní analýze této položky se ukázalo, že dva respondenti vnímají jako stresující vyprávění svých rodičů o válce, třetí respondent u této odpovědi doplnil, že jej stresují jakékoliv válečné konflikty ve světě.

Ve třetí generaci se ukázalo jako nejtraumatičtější „ztráta milované osoby“ (55 %) – vzhledem k tomu, že se tato položka objevuje jako jedna z nejtraumatičtějších napříč všemi generacemi, lze považovat ztrátu za jednu z nejtěžších životních situací. Další častou odpovědí byla „chronická nebo akutní nemoc“ (48 %). Třetí nejčastější odpovědí byla kategorie „jiné“ (40 %).

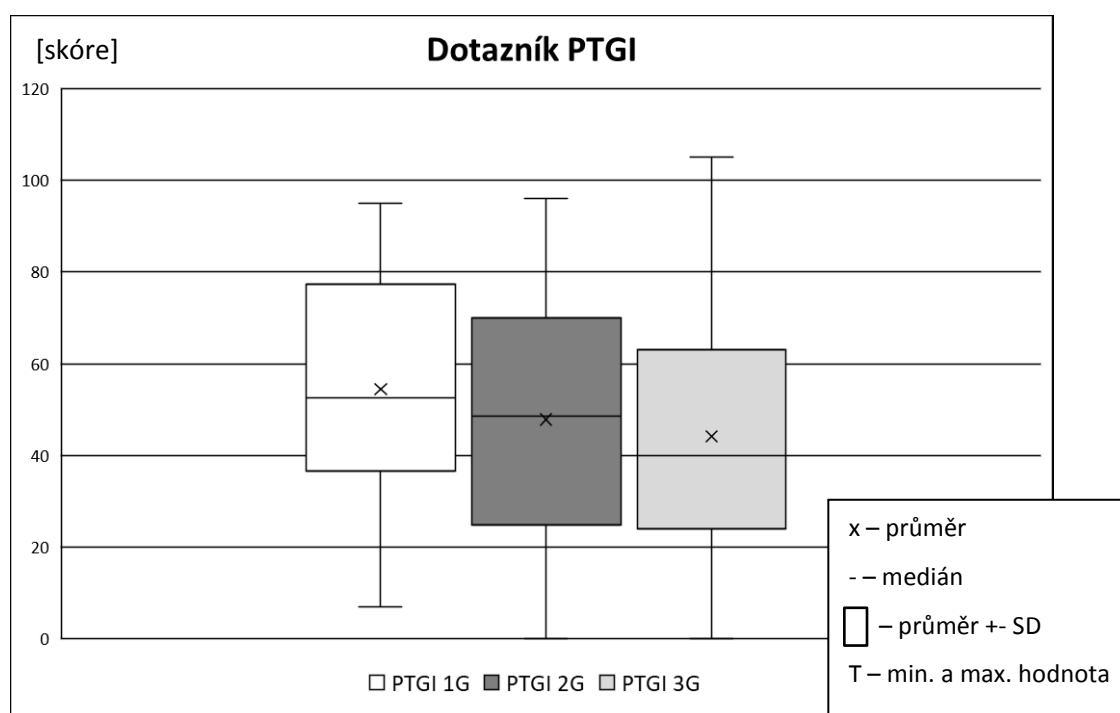
Odpovědi v dotazníku PTGI jsou skórovány na škále 0–5, tedy celkové skóre se může pohybovat v rozmezí 0–105 bodů. Skóre bylo zjišťováno součtem hodnot na škále u všech 21 položek dotazníku.

Z krabicového grafu (Graf 3) je patrné, že v průměru nejvyšších hodnot v dotazníku PTGI dosahovali respondenti první generace, nižších hodnot dosahovali respondenti druhé generace a v průměru nejnižších hodnot dosahovali respondenti třetí generace.

Odpovědi respondentů z 1. generace (N = 43) dosáhly hodnot: průměr = 55; medián = 52,5; 1. kvartil = 37,3; 3. kvartil = 76,8.

Odpovědi respondentů 2. generace (N = 67) dosáhly hodnot: průměr = 48; medián = 48,5; 1. kvartil = 25,3; 3. kvartil = 69,8.

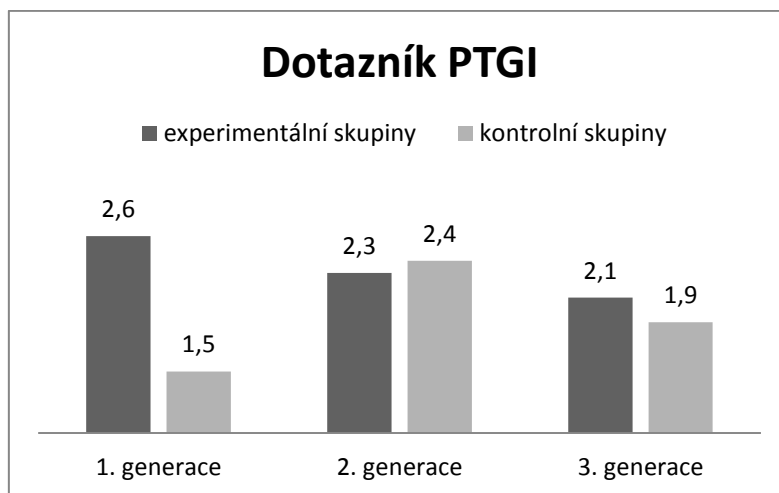
Odpovědi respondentů 3. generace (N = 40) dosáhly hodnot: průměr = 44; medián = 40; 1. kvartil = 25; 3. kvartil = 61.



Graf 3 Krabicový graf znázorňující celkové skóre v dotazníku PTGI v závislosti na generaci.

Obdobně jako u dotazníku PCL-C byly i tady během statistického zpracování porovnávány průměrné hodnoty odpovědí (Graf 4). Největší rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou se vyskytuje u první generace, kde přeživší holocaustu dosahují nejvyššího PTG a naopak kontrolní skupina nejnižších hodnot. Je zajímavé, že u druhé generace se objevuje nižší růst u experimentální skupiny než u kontrolní. Neparametrický test

Mann-Whitney ($Z = -1,726$; $p = 0,042$) ukázal, že se výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou v míře PTG statisticky významně liší ($p < 0,05$). Tyto závěry se shodují s výsledky parametrického testu T-test pro dva nezávislé soubory ($t = 1,794$; $p = 0,037$).

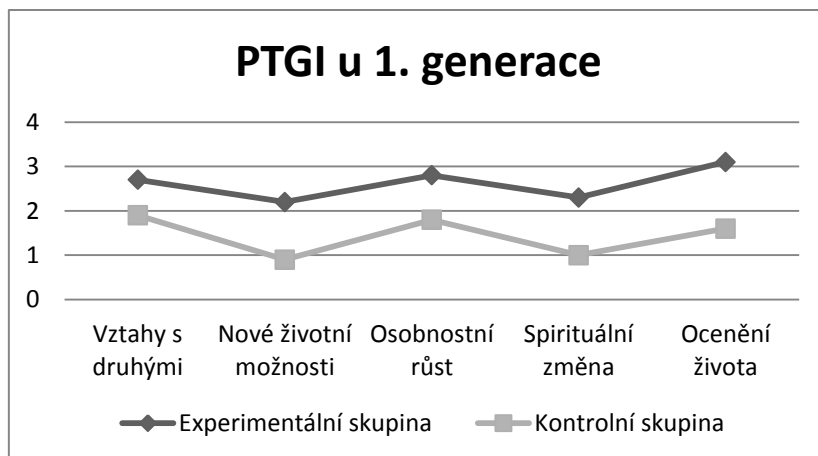


Graf 4 Graf znázorňující průměry hodnot odpovědí v dotazníku PTGI u experimentální a kontrolní skupiny.

5.4 Jednotlivé oblasti PTG

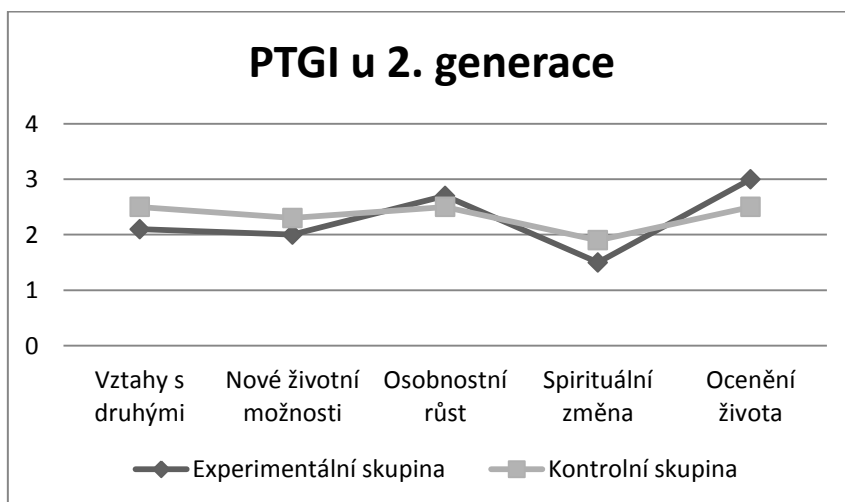
Fenomén PTG je možné sledovat i detailněji a to v konkrétních oblastech růstu. V této práci je používána teorie vědců Calhouna a Tedeschiho, kteří popsali PTG v pěti oblastech: vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života (bližší viz teoretická část této práce).

Jak bylo uvedeno výše, u první generace se v návaznosti na prožité trauma objevila i vysoká hladina PTG, vyšší než u jiných generací a vyšší i vzhledem ke kontrolní skupině (Graf 5). Nejvyšší růst se u první generace přeživších objevil v oblasti „ocenění života“ (průměr = 3,1), další silnou oblastí růstu byl faktor „osobnostní růst“ (průměr = 2,8) či faktor „vztahy s druhými“ (průměr = 2,7).



Graf 5 Tento graf znázorňuje jednotlivé oblasti PTG u respondentů 1. generace (experimentální i kontrolní skupina).

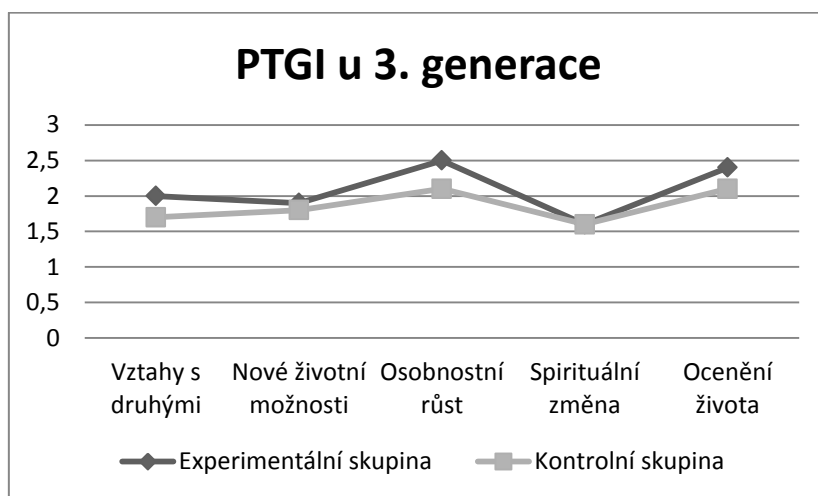
Ve druhé generaci nejsou (Graf 6) patrné velké rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou, dokonce se v průměru objevuje vyšší PTG u kontrolní skupiny (průměr = 2,4) než u experimentální skupiny (průměr = 2,3). Stejně jako u první generace, i u té druhé dosáhl nejvyšších hodnot faktor „ocenění života“ (průměr = 3).



Graf 6 Graf znázorňující jednotlivé oblasti PTG u respondentů 2. generace (experimentální i kontrolní skupina).

Obdobně jako v předchozí druhé generaci, ani v té třetí (Graf 7) se neobjevily velké rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou, přesto v průměru dosáhla experimentální

skupina vyšších hodnot. PTG dosáhl nejvyšších hodnot u položky „osobnostní růst“ (průměr = 2,5), případně u položky „ocenění života“ (průměr = 2,4).



Graf 7 Tento graf znázorňuje jednotlivé oblasti PTG u respondentů 3. generace (experimentální i kontrolní skupina).

Ke statistickému porovnání byl opět použit neparametrický test Mann-Whitney, porovnávány byly průměry hodnot odpovědí. Statisticky významně se liší ($p < 0,05$) výsledky experimentální a kontrolní skupiny u faktoru „osobnostní růst“ ($Z = -2,344$; $p = 0,01$) a u faktoru „ocenění života“ ($Z = -2,957$; $p = 0,002$). Závěry se shodují s parametrickým T-testem pro dva nezávislé soubory.

Data byla také porovnána neparametrickým testem Kruskal-Wallis s cílem zjistit, zda se výsledky statisticky liší napříč generacemi. Statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými generacemi se ukázal pouze u oblasti PTG „vztahy s druhými“ (chí kvadrát = 6,352; $p = 0,042$). Závěry se shodují s výsledky parametrické Analýzy rozptylu.

5.5 Vztah mezi dotazníky PCL-C a PTGI

Dále bylo zjišťováno, zda existuje lineární vztah mezi dotazníky PCL-C a PTGI. Tedy jestli se v případě výskytu vysokého skóre v jednom testu objeví vysoké skóre i v druhém testu a naopak. Byl použit neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Statisticky významnou se ukázala korelace u první generace u proměnných průměrné skóre v dotaznících PCL-C a PTGI ($r = 0,350$; $p = 0,006$). Je však třeba poznamenat, že tato korelace se jako jediná neobjevila v parametrickém Pearsonově korelačním koeficientu.

U druhé generace mezi proměnnými věk respondentů a průměrné skóre v dotazníku PCL-C se objevila záporná korelace ($r = -0,201$; $p = 0,042$).

Další statisticky významná korelace se ukázala mezi věkem respondentů třetí generace a skórem v dotazníku PTGI ($r = 0,363$; $p = 0,003$) a nejvyšší korelace se ukázala mezi průměrným skóre z dotazníků PTGI a PCL-C u třetí generace ($r = 0,450$; $p = 0,000$). Všechny uvedené korelace mají střední velikost účinku.

6 Případové studie

Traumata i následný růst, jež se u jednotlivých přeživších objevují, jsou velmi individuální. Proto jsem se rozhodla do své diplomové práce zahrnout také dvě případové studie ilustrující a detailněji se zabývající stresory, kterým může být jedinec vystaven, stejně jako konkrétními oblastmi PTG.

Následující dvě uvedené kazuistiky si dále kladou za cíl zmapovat, zda se u představitelk dvou generací vyskytují některá specifika první či druhé generace nebo některé mezigenerační podobnosti či témata.

6.1 Případová studie – Anna

Jednou z přeživších holocaustu je Anna. Zapojila se do studie „*Neurobiological Markers of Stress / Resilience Response to Long-Term Life Threatening Situations, A Three Generation Study of Holocaust Survivors And Their Offspring*“ a celým tímto testováním prošla v červnu 2017 v NÚDZ.

Rozhovor byl, jak jsem již zmínila, polostrukturovaný a při přípravě otázek jsem vycházela z již proběhlého červnového vyšetření, některé otázky tedy byly formulovány podle dotazníků PTGI a PCL-C. Celé interview proběhlo v první polovině října 2017. Před samotným rozhovorem byl s Annou podepsán informovaný souhlas o zachování anonymity respondentky a možnosti neodpovědět na otázku či kdykoliv ukončit interview. Byl také podepsán souhlas se zvukovým nahráváním celého rozhovoru. Interview trvalo hodinu a půl a proběhlo u Anny doma. Jména v kazuistice jsou změněna.

Anna

rok narození: 1929 (věk 89 let)

místo narození: jižní Slovensko (oblast byla v letech 1938 – 1945 připojena k Maďarsku)

současné bydliště: Praha, Česká republika

1. generace přeživších

Průběh interview

Anna je čilá dáma menší postavy a upraveného zevnějšku. V průběhu rozhovoru byla hovorná, otevřená a sdílná. Respondentka byla v dobré náladě, několikrát se během rozhovoru smála. Přestože byla většina interview směřována na nejtěžší období jejího života, neobjevily se žádné silné emoce. Anna ochotně odpovídala na všechny otázky, svá vyprávění doprovázela dobovými rodinnými fotografiemi.

Před válkou

Anna se narodila v květnu roku 1929 do židovské rodiny na jižním Slovensku. Její tatínek István působil jako okresní lékař ve státní službě a její matka Irén byla v domácnosti. Její dědeček z matčiny strany byl zvěrolékařem. Anna neměla sourozence.

Socioekonomické poměry rodiny byly dobré. V rodině se mluvilo maďarsky, v tehdejší době však bylo zvykem, aby se děti ve vzdělaných rodinách učily německy. Proto si rodina najala slečnu z Opavy, aby malou Annu naučila německy. Anna se německy učila od svých čtyř do šesti let, tedy než nastoupila do školy.

Ve vesnici, kde rodina bydlela, existovaly dvě maďarské školy, obě však církevní (jedna katolická, jedna evangelická). Anna, dcera židovského státního úředníka, tudíž nastoupila navzdory jazykové bariéře do slovenské státní lidové školy. *„Můj otec říkal: „Židovský dítě státního zaměstnance přece nepůjde do církevní školy! Tak mě strčili do té slovenský ľudový školy do první třídy. Já neuměla žblebntout slovensky, ale i tak jsem začala chodit do slovenský školy.“* Tato škola byla primárně navštěvována dětmi českých a slovenských úředníků a četníků.

Během války

Slovenskou školu navštěvovala v letech 1935 – 1938. V roce 1938 byla tato část jižního Slovenska – pás cca 20–30 km – připojena k Maďarsku (obdobně jako české Sudety byly připojeny k Německu). Slovenskou školu zavřeli a Anna nastoupila do čtvrté třídy do maďarské státní školy. Přestože maďarština byla její mateřštinou, nikdy se nenaučila pořádně maďarský pravopis. Na vysvědčení měla ve čtvrté třídě samé jedničky, kromě trojky z maďarštiny. Následně se objevila určitá nařízení, že děti židovského původu mohly na gymnázium, jen pokud měly do té doby samé jedničky. A protože Anna měla trojku z maďarštiny, musela do „měšťanky“. Tam chodila ještě čtyři roky (1940 – 1944), než byla deportována do Osvětimi.

Poměry vůči Židům byly v Maďarsku ve srovnání s Protektorátem poměrně tolerantní. Přestože se objevovaly určité restrikce vůči lidem židovského původu, Annin otec mohl mít ordinaci a ordinovat až do roku 1944 (i když Maďaři ho penzionovali a propustili ze státních služeb), stejně tak Annin dědeček pracoval jako veterinář i v době, kdy Anna spolu s většinou rodiny musela do transportu.

V roce 1944, po obsazení Maďarska Německem, se však politická situace radikalizovala a nastala masivní deportace Židů z venkova. Jen v Budapešti zůstalo židovské ghetto zachováno.

Annina rodina byla, kromě dědečka, který jakožto veterinář ještě přinášel užitek, internována v pracovním táboře. Irén, Annina matka, se zde psychicky zhroutila a byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Rodina si myslela, že tam bude ukryta a bude o ni postaráno, ale jednoho dne naložili do transportu všechny psychiatrické pacienty a odvezli je do plynových komor v Osvětimi. A stejně tak celá rodina byla povolána do transportu do Osvětimi v květnu 1944.

„Se mnou v tom vagónu byla babička, dědečkova sestra, protože děda šel taky zvlášť. On potom taky musel, ale nejdřív byl ještě venku. A matčina sestra měla pětiletého kluka a ten byl v tom vagóně s námi, já jsem ho držela na klíně, protože mi bylo patnáct. Tři dni jsme jeli cestu ve vagónu zavřeným, tak jsem se s ním bavila. A když jsme v Osvětimi na té rampě vystupovali, tam řvali: „Všechny zavazadla odložit!“ To už víte, to už nebudeme to... A já jsem neměla zavazadla, moje zavazadla měli dospělí, já měla kluka v náručí, toho pětiletého Petra. A takovej malinkej chlebníček, tam byly sušenky a něco pro něj, a když řvali: „Všechno odložit!“, tak já jsem i ten chlebníček odložila. Ale teta povídala: „To jsi neměla! Vždyť to není zavazadlo.“ Tak jsem jí kluka dala a šla jsem zpátky, že to zvednu. To mi samozřejmě nedovolili, tam byli s psama a tak. A oni byli asi tři kroky přede mnou a já za nima utíkala, a pak tam byl, to už teď vim, Mengele, kterej dirigoval sem a tam. Všichni na jednu stranu – ona s tím dítětem a všichni a já za nimi a poslal mě na druhou stranu. A já jsem chtěla za nimi, ale říkali: „To jsou starý a s dětma, ty pojedou autem, vy můžete pěšky.“ No, tak tím pádem jsem byla zachráněná, kdybych měla toho kluka já, tak bych tu nebyla.“

Anna byla v Osvětimi dva měsíce, potom proběhla selekce, kdy vybrali celkem 500 žen z Osvětimi na práci. Anna byla jednou z vybraných a byla poslána do pracovního tábora v Poříčí u Trutnova. Každé ráno chodila dva kilometry do skladu, který patřil továrně AEG, jež vyráběla součástky do letadel. Ve skladu pracovalo dalších dvanáct dívek/žen pod dohledem českého skladníka, tedy nebyly přímo pod dozorem Němců a atmosféra byla uvolněnější.

„Ráno nás tam ty esesačky nechaly a on nás nesměl nechat zahálet, tak nám dával práci. Něco jsme tam třídily, prostě on si nás nevšímal a my jsme tam pracovaly, akorát v poledne nás doprovodil, šly jsme s konví do závodní kuchyně, co byla pro Němce, pro nějaký pití a my jsme dostaly a přinesly si pití. A ještě byla ta výhoda, že my jsme šly kolem odpadků, co tam různě vyhazovali z kuchyně a tak on si nás děda nevšímal, tak my jsme tam nabraly nějaký poloshnilý brambory, prostě něco, co šlo jíst, a daly jsme to do plechovky a v tom skladu byly takový malý kamna a my jsme to tam postavily a uvařily jsme ty šlupky a tak. No, nebylo to solený, ale aspoň něco. A večer nás zase ty esesačky vyzvedly.“

V tomto pracovním táboře strávila Anna deset měsíců, až v květnu 1945 ji tam osvobodila Rudá armáda.

Po válce

Anna se vrátila z pracovního lágru a neměla nikoho. „*Já jsem se dostala do koncentráku jako patnáctiletá, byla jsem vlastně ten rok zavřená, vrátila jsem se a byla jsem úplně sama, kompletně, všichni šli do plynu – rodiče, prarodiče, prostě celá rodina. Já se jediná vrátila z té rodiny. Začala jsem znovu. Neměla jsem školu, neměla jsem nic. Otec byl lékař, dědeček byl zvěrolékař, já jsem chtěla něco dělat s tím zdravotnictvím.*“ Přibližně třicet osob – rodinných členů a blízkých – zemřelo v plynových komorách v Osvětimi. Anna se po konci války vrátila na Slovensko a právě sousedé z vesnice jí řekli, že nikdo jiný se z rodiny nevrátil. Během války se do jejich domu nastěhovali vojáci a veškerý majetek byl buď zničen, nebo rozkraden. Jen fotografie se zachovaly, protože je vojáci vyhodili na smetiště a sousedka je schovala pro případ, že by se jednou někdo vrátil. Anna se tedy vydala do Bratislavy, aby dokončila svá studia.

Během roku 1945 se vrátil také její vzdálený bratranec z matčiny strany, který během války sloužil u ruské armády. Také on se vydal na venkov hledat příbuzné a dozvěděl se, že jediná přeživší Anna žije v Bratislavě. Tam se tito dva setkali, Annin bratranec byl již tou dobou ženatý, měl dítě a s rodinou žil v Praze. Anna se s ním tedy vydala do Prahy, i když neuměla česky, jazyk se však záhy naučila velmi dobře, k nerozeznání.

Inspirována kariérou svého otce a dědečka chtěla také pracovat³ ve zdravotnictví. Bez gymnázia však nemohla studovat medicínu, a tak přicházelo v úvahu povolání zdravotní sestry. Díky věkové výjimce (spodní věkovou hranicí bylo 18 let, Anně bylo 16 let) se mohla hlásit na střední zdravotnickou školu při Vinohradské nemocnici, kde toho roku nebylo dost přihlášených zájemkyň. Po úspěšném zvládnutí psychotechnických zkoušek tam dva roky studovala. Škola byla povinně internátní, což Anně vyhovovalo, neboť neměla kam jít. První rok školy si musela platit, dostávala kapesné z Pražské židovské obce, kam chodila se svým bratrancem a jeho rodinou. Později, když už studentky chodily na praxi, si poplatek odpracovaly. Po studiu zůstala pracovat ve Vinohradské nemocnici a bydlela na internátě pro sestry-zaměstnance. Zde se také seznámila se svým budoucím mužem Janem, který byl z Prahy, nebyl židovského původu. Spolu s Annou sdíleli zájem o divadlo a koncerty. Annina dcera Lucie také doplnila informaci, že po tom, co se komunisté dostali k moci, její matka zvažovala možnost emigrace do Izraele a Jan s kamarádem zase do Austrálie, nicméně díky tomu, že se seznámili, zůstali oba v Praze.

Po válce Anně zůstaly na jižním Slovensku tři domy, které prodala sousedovi, ale daňovému úřadu se zdálo jako podvod, že domy byly prodány pod cenou, takže Anna musela ještě roky doplácet daně.

Během socialismu se Anně nedostalo žádné kompenzace za to, že byla v Osvětimi a v pracovních táborech. Až po revoluci bylo třeba dodat na Ministerstvo národní obrany nejrůznější doklady (např. úmrtní list rodičů, i když v Osvětimi se žádné dokumenty nevystavovaly). Anna se v archivech dostala k seznamu 500 osvětimských žen vybraných na práci, na seznamu je uvedeno i její jméno Anna Stein, jen její rok narození je změněn na 1926. Pravděpodobně protože seznam, kde nesmělo figurovat jméno ženy mladší osmnácti let, byl již napsán a zahrnoval i jméno šestnáctileté Anny. Snazší variantou, než předělávat celý seznam, bylo upravit rok narození jedné z vězeňkyň.

Rodinný a pracovní život

Rodiče budoucího manžela přijali Annu vlídně a vybudovali si vzájemně dobré vztahy. Annin budoucí manžel byl pro svůj buržoazní původ vyhozen ze studií a musel na vojnu.

Svatba se konala roku 1951, s manželem měli hezký vztah. O dva roky později se jim narodila dcera Lucie (*1953). Anna v té době dostala přidělený byt, neboť po roce 1948 byly zavírány ordinace soukromých lékařů, kteří museli odejít ordinovat do nemocnic, a tyto bývalé ordinace byly přidělovány zdravotníkům jako byty. Annin byt byl rozdělený, mezi její rodinu a ještě dalšího nájemníka a nacházel se nad rozhlasem na pražských Vinohradech.

Několik let poté byla Anninu manželovi zjištěna rakovina ledviny s pokročilými metastázemi a Anna roku 1967 ovdověla, Lucii bylo v té době téměř 15 let (stejně jako Anně, když odjela do Osvětimi).

„A pracovala jsem v té době, když už jsem měla tu dceru, tak jsem pracovala na oddělení popálenin. A proč vám to říkám? Protože to oddělení popálenin bylo v Legerově ulici a v devětašedesátém tam u nás umřel Jan Palach, tak to jsem tam dělala v té době, když tam byl.“ Anna v době Palachovy hospitalizace nepracovala na oddělení příjmu, ale na tzv. „špinavém oddělení“, kde byly hnisající rány atd. Popáleninové oddělení bylo v té době relativně prestižním pracovištěm, které dle Anniny dcery Lucie, nemělo ve střední Evropě obdoby. Anna se vůbec nezmínila o tom, že na oddělení popálenin ležela i Lucie po těžkém úrazu, možná celou událost vytěsnila.

Anna také jezdila jako zdravotnice na letní tábory Pražského dětského sboru, kde zpívala její dcera. Tak jako každoročně odjel sbor na letní soustředění i v srpnu 1968, když přišla sovětská armáda. *„A bydlela jsem nad rozhlasem a tam stál tank u rozhlasu a za*

tankem byl muniční vůz, a lidi jak byli rozvášnění, tak někdo nějakej hadr zapálil a hodil to na to a teď to začalo bouchat tam. Já bydlela v prvním patře a ten můj byt kompletně vyhořel. Tak já jsem zase přišla o všechno, já jsem kompletně vyhořela. Dceru jsem měla s sebou, ta plakala [...] A já jsem říkala: „Nebreč! Já jsem byla přesně tak stará jako ty, bylo mi patnáct, přišla jsem o rodiče a o všechno. Všechno bude. Ty nemáš otce, protože ti před rokem zemřel, ale máš tady mě, hele, věci budou zase!“ Takže jsem znovu v tom osmašedesátým to všechno musela znovu začít. No, to byla další věc. Nejen, že jsem ovdověla, ale ještě jsem vyhořela.“

Po těchto dvou náročných situacích kdy ztratila oporu a milovaného člověka a následně ještě vyhořely, brala Anna poprvé antidepressiva. Lucie dodala, že její matka užívá antidepressiva také posledních šest let na vlastní žádost po tom, co byla nečekaně hospitalizována. Když se v nedávné době objevily depresivní potíže i u Anniny vnučky Kláry, dle Lucie tomu Anna nerozuměla, nebo nechtěla rozumět.

Později Anna pracovala na onkologii, přešla sem s kamarádkou/kolegyní. A vždy měla štěstí na kolegy, vrchní sestru jí dělala známá ze studií. Anna měla vždy pocit, že ji pacienti mají rádi, což bylo pro ni důležité. Je dále zajímavé zamyslet se nad tím, že práce na onkologii je náročným povoláním velmi spjatým se smrtí a tématem umírání, stejně jako nad tím, že Annin manžel zemřel na rakovinu. Přesto Anna, když byla v důchodovém věku, bez váhání odešla, protože to bylo „*pesimistický pracoviště*“.

Anna se svým manželem se rozhodli, že po narození bude jejich dcera Lucie bez vyznání, aby si později, v dospělosti mohla vybrat, zda bude židovka (po matce), nebo katolička (po otci). Lucie vystudovala novinářinu a během svých vysokoškolských studií chodila na obědy do židovské obce, neboť jí tam lépe chutnalo. I když chodila na obědy do židovské obce a našla si tam mnoho přátel (tzv. „*Děti Maislovky*“), z obce jí doporučili, aby se nestala členkou, že by jí to mohlo dělat problémy ve škole. Lucie zakončila svá studia s červeným diplomem, vdala se a má tři děti. Doteď mají s Annou velmi dobrý vztah.

Anna má šest pravnoučat. Z rozhovoru je patrné, že rodina má pro Annu velký význam. V současné době je šťastnou prababičkou velkého rodu, jakousi paralelou k její vlastní prababičce, která jako jediná zemřela před válkou, přirozeně, nenásilnou smrtí. Teď i Anna je tou prababičkou, která dokázala překonat všechny rány osudu, nástrahy života a užívat si stáří a být oblíbenou členkou rodiny. Jedna dcera, tři vnoučata, šest pravnoučat díky jednomu zachráněnému životu z Osvětimi.

Respondentka byla celý život zodpovědná a hlavně nechtěla být někomu přítěží. Proto se také před několika lety přestěhovala do penzionu pro seniory. Její dcera má pocit, že se

Anna bojí stavu, kdy bude k ničemu a to jí možná způsobuje depresivně laděné stavy, určitý strach ze stárání.

Annina dcera Lucie doplnila, že její matka: „*Asi dvakrát uspořádala takovou rodinnou oslavu v tom penzionu. A myslím si, že u nich to takhle neřekne, ale že chce demonstrovat, jak má velkou rodinu, že má tolik dětí. A myslím si, že i to, že tam hlídá každé tejdě celý dopoledne tu svojí pravnučku a běhají tam po tom domě a všichni je obdivují a jak je krásná a tohle... No, myslím si, že je v tom i určitá hrdost.*“

Lucie také dodává, že Anna je v poslední době úzkostlivější. „*Chce, abychom jí všichni dávali zprávy o tom, co děláme a neděláme, což myslím, že všichni děláme, i moje děti, ty vlastní, i ta nevlastní, se o ní vlastně perfektně starají.*“

Židovství

Anna pochází z židovské rodiny a svoji identitu označuje jako židovskou. Členkou Pražské židovské obce je od svých 16 let, kdy se do Prahy dostala po návratu z Osvětimi. Její manžel nebyl Žid. „*Moje rodina nebyla nijak silně náboženská... Věděli, že jsem Židovka, ale že bychom nějak striktně košer dodržovali, to ne, to nebylo.*“

V dotazníku religiozity Anna uvedla, že víra je pro ni do určité míry významná, je to zdroj inspirace a zdroj smyslu a významu pro život. Pro Annu je víra důležitou součástí toho, kdo vlastně je.

Z rozhovoru jsou také patrné některé aspekty židovské kultury: důležitost rodiny – přestože Anna v nacistických táborech ztratila svoji primární rodinu, má teď opět velkou rodinu (důležité je my, ne já). Dalšími aspekty jsou: určitá determinace toho, že se narodila do židovské rodiny a židovská identita nepochybně ovlivnila celý její další život; rány osudu jsou střídány obdobími štěstí; nahlížení světa s filosofií, že by mohlo být ještě hůř (např. ztratila jsem peněženku, ale mohlo to dopadnout hůř, kdybych si zlomila nohu).

V důchodovém věku Anna pracovala na židovské obci v sociálním oddělení a pomáhala lidem a také obstarávala pohřby („*pohřební bratrstvo*“), což byla velmi čestná a náročná funkce.

Faktory vnitřní a vnější

Při pohledu na Annin život je možné rozlišit základní dvě linie vlivů – Anniny osobnostní kvality a charakteristiky v kontrastu k vnějším faktorům, které bychom mohli nazvat „*hříčky osudu*“.

Anna je nepochybně velmi odolná, obdivuhodně houževnatá žena, která si dokázala uchovat optimismus i po prožití takových obtížných situací, jakými byl holocaust či ztráta milované osoby. Z rozhovoru však vyvstává téma viny a trestu. Během interview třikrát zmínila (ujistila se), že holocaust, kdy byla vyvražděna celá její úzká i širší rodina kromě jednoho bratrance, nezavinila. Pocity viny jsou u přeživších holocaustu časté, můžeme se však jen domnívat, co tyto jedince vede k pocitům provinění za to, co protrpěli. U Anny se nabízí dvě možnosti. Za prvé samu sebe jako malou popsala jako „rozmazleného drzého fracka“ – holocaust potom lze vnímat jako trest. Za druhé moment selekce vězňů v Osvětimi, kdy Anna na chvíli odložila pětileté dítě, a díky tomu unikla plynovým komorám, zemřela však její teta, matka dítěte, a Anna se může ptát, jestli je za tuto smrt zodpovědná, možná vše mohlo být jinak.

Anna má tendenci prezentovat samu sebe tak, že v současnosti není nijak traumatizovaná, nevracejí se jí vzpomínky, neobjevují se u ní sny o prožitých těžkostech, vše jakoby popírá, nepřipouští si to, naopak demonstruje sílu a nezdolnost. Přesto posledních šest let navštěvuje psychiatra a užívá antidepresiva. V tomto věku se možná objevují jiné zatěžující a zneklidňující myšlenky – strach ze stárí, smrti atd.

Annin život lze také nazvat hříčkou osudu. Dle svých slov se Anna běhu života nikdy nijak výrazně nevzepřela, neprotestovala, vše přijala. Život střídavě přinášel šťastné náhody i rány osudu: Anna měla židovský původ a přišli Němci – jižní Slovensko bylo připojeno k Maďarsku, kde se Židům žilo lépe až do roku 1944 – studovala „měšťanku“, ne gymnázium – deportace – přežila selekci díky náhodě – přišla o všechny – byla vybrána do pracovního tábora, neboť ji udělali starší – přišla o všechno – mohla studovat v Praze, protože udělala psychotechnické zkoušky a opět ji postaršili – založila rodinu a dostali byt – přišla o manžela a o rok později jí vyhořel byt.

Ranému věku Anny dominuje nejistota, nestabilita a neustálé změny – různé jazyky (maďarština, němčina, slovenština, čeština), různé školy (slovenské, maďarské) atd. Její manžel potom naopak působil jako opora, stabilita. Pro Annu muselo být následně velmi náročné vyrovnat se s jeho předčasným odchodem. Naopak Annino stárí se zdá být podle jejích slov idylické, možná však spíše idealizované.

Traumatizace a dotazník PCL-C

Anna si prošla v životě několika obtížnými situacemi, které byly spojené s velkým stresem, můžeme je označit jako traumatizující. Tři hlavní jsou:

1944 – transport do Osvětimi, kde zemřela celá její rodina, Anna strávila rok v pracovním táboře

1967 – smrt manžela

1968 – kompletní vyhoření bytu.

Jako další těžké životní situace můžeme označit vypořádávání se s odlišným jazykovým prostředím, práci na těžkých nemocničních odděleních (oddělení popálenin, onkologie), během testování respondentka také uvedla jako traumatizující faktor „změna odpovědnosti v rodině“ (možná v návaznosti na druhou světovou válku, kdy zůstala sama a musela se postarat sama o sebe, nebo v návaznosti na manželovo úmrtí, kdy se musela postarat o dorůstající dceru). Jako nejtraumatičtější a nejtěžší však Anna označuje úmrtí manžela. *„Mně bylo osmatřicet, když jsem ovdověla, měla jsem tu patnáctiletou dceru, tak to bylo pro mě, když se dneska dívám zpět na svůj život, tak mě to víc postihlo psychicky, ta ztráta toho druhýho. Ani ne, že byt hořel, na to jsem kašlala, věci jsou, ale že mi zemřel blízký člověk, to mě teda víc... I když je to paradox, v Osvětimi mi umřela celá rodina, ale tohle se mě dotklo víc, prostě mě to víc...“*

V dotazníku PCL-C, který ukazuje, jak moc respondent obtěžoval daný konkrétní problém (jednotlivá kritéria pro PTSD dle DSM-IV) za poslední měsíc, by Anna naplnila klastr D „trvalé symptomy zvýšeného vzrušení“. Za poslední měsíc se u ní objevuje střední míra obtíží s usínáním a spánkem a střední míra obtíží se soustředit. Celkové skóre v testu bylo 27 bodů.

S traumatem se Anna vypořádala nejen díky své povaze zahrnující mimo jiné optimismus, odolnost typu houževnatost (*hardiness*), ale také zdravé sebevědomí, a jak sama uváděla, nízký věk: *„mně bylo patnáct a v patnácti člověk ten život bere jinak než v pozdějším věku. A říkám, že po té válce já jsem neměla výčitky svědomí, já jsem to nezavinila. Třeba se některý lidi nerozvedli a on zahynul, lidi mají různý traumata po válce. Ale já jsem si prostě řekla: „Nemůžu za to. Jsem Židovka, odvezli mě, zabili mi celou rodinu, ale já to přece nezavinila. Tak já teď musím... Zůstala jsem naživu, tak teď si musím svůj život nějak zařídit.“ Takže jsem takhle začala a dost sobecky jsem to pustila za hlavu. [...] Jo, to už je povaha, mám určitě... I tady říkám: „Nehekejte! To nikoho nezajímá! Snažte se být spíš, ať je tady atmosféra pozitivní...“*

A na otázku, jak se s dcerou vypořádávaly se ztrátou manžela/otce, Anna odpověděla: *„Já jsem na tom byla hůř než ty. Hůř než ty. Ty nemáš tatínka, já neměla ani matku, ani otce, a podívej, jaký člověk ze mě byl. Ty máš mámu, všechno bude. Já se vždycky snažím ze všeho to pozitivní. To jo, z každý příležitosti. Třeba ztratím něco, ale říkám si a naříkám, že jsem to*

ztratila, ale nezlomila jsem si nohu, to by bylo horší. Ztratila jsem peněženku a v tom byla tisícovka. No dobrý, ale nohu jsem si nezlámala! Každá situace, rozumíte mi, se na ní můžete podívat ze dvou stran. (smích) To záleží, jak se na určitý věci díváte, vždycky je možný na všem najít to lepší. No, nebo to horší. A to potom záleží, jaký člověk je.“

Posttraumatický růst (PTG)

PTG je ve studii měřen dotazníkem PTGI, který Anna vztahovala k traumatické události „ztráta milované osoby“, od které uplynulo 49 let. Změnu ve velmi značné míře (tedy největší) zaznamenala u ocenění hodnoty vlastního života. Dále uvedla změnu ve značné míře v oblasti nacházení nových zájmů. Změna ve střední míře byla uvedena u položek „lépe rozumím duchovním záležitostem“, „zřetelněji vidím, že mohu v případě potíží s lidmi počítat“, „našel/a jsem si novou životní cestu“.

Během rozhovoru se objevily detailnější a konkrétnější informace o oblastech, kde respondentka zažívala PTG.

Vztahy s druhými lidmi. „...víc si vážím skutečných přátel. A určitý věci mě nechávají absolutně klidnou, protože aby byl člověk zdravěj, aby ty jeho nejbližší byli spokojený, na těch záleží... A finance nebo věci kolem mě nedokážou rozhodit... Rozumíte mi? Umím rozklíčovat, co je podstatný a co je nedůležitý. A prostě taky se snažím mít dobrý vztah k lidem. Každý máme nějaký dobrý vlastnosti a taky nějaký špatný, ale snažím se ty dobrý vlastnosti najít na každým, ne ty špatný.“ V tomto úryvku rozhovoru se objevuje důraz na mezilidské vztahy a jejich kvalitu, důraz na lidské ctnosti. Dále se v rozhovoru objevuje téma potřeby mít dobré vztahy s druhými lidmi („aby mě měli rádi“), ale také potřeba být užitečná a prospěšná. Anna zmínila, že měla vždy velmi dobrý vztah se svým mužem, tchýní a tchánem, s kolegy v práci, s nadřízenými, i pacienty. Obdobně i vztah s dcerou: „Mám tu dceru, teď musím žít pro tu dceru. Ale zase ne, abych ji vázala na sebe. Takže jsem jí nechala volnost. Víkendy, byla patnáctiletá, tak přece nebude s maminkou. Měla přátele, tak já jsem jí nechala tu volnost v těch šestnácti. Ona byla vyspělá, měla ušlechtilý zájmy. [...] Krásnej vztah jsme měli odjakživa, doted'ka. Ona mi denně volá.“ Vztahy byly pro Annu vždy klíčové.

Nové životní možnosti. „...já bych jinak bejvala chtěla dělat tu medicínu, tu doktorku. To nešlo, na to jsem nemohla, ale já si myslím, že jsem si svoje místo vydobyla stejně a byla jsem spokojená. [...] A taky jsem potom použila svoje jazykový znalosti a dělala jsem průvodce, externího průvodce turistům. Vozila jsem Čechy do Budapešti nebo k Balatonu, nebo i z NDR, když sem přijeli. To jsem zase jako průvodce pracovala. Abych použila tu němčinu a maďarštinu, tak jsem z toho taky měla nějaký užitek.“ Z tohoto úryvku je patrné,

že i když chtěla mít Anna kariéru doktorky, stala se souhrou okolností zdravotní sestřičkou a byla spokojená a dokázala uplatnit svoje přednosti. Anna to shrnula: „*No, měla jsem smůlu, prostě takhle jsem byla postižená, tak se musím sebrat a celkem si myslím, že jsem si ten svůj život zařídila dobře. I ten konec můj, tady se mi výborně bydlí, pořád říkám i tý mé dceři: „Já mám hezký stáří. Blbej začátek, ale hezký stáří.“*“

Osobnostní růst. Na otázku, zda se díky tomu, čím si prošla, cítí silnější, Anna odpověděla: „*Určitě, určitě, určitě. Leccos mě nerozhází. Vždycky říkám: „No, takových věcí bylo...“ Já se umím přenést přes různý trable. [...] A určitý věci nejsou důležité v životě... No, aby neměl finanční starosti, aby mu nedělalo starosti, za co koupí zítra chleba, nebo... Tak ty určitý... Tolik aby měl, ale jinak jestli mám barák, nebo jestli mám to, tak to není důležité.“* U respondentky se objevilo zvýšení sebedůvěry, neboť už zvládla nejruznější situace, a lepší zvládání životních obtíží. Také došlo k proměně žebříčku hodnot, materiální věci jsou až za vztahy s druhými lidmi.

Ocenění života. Když jsem se ptala, zdali si Anna více cení života, odpověděla: „*Jo, to určitě... Pozitivně... To mě zformovalo, to aniž byste to chtěla, tak to, co prožijete, tak to vás zformuje v tom životě. To určitě. Celej můj postoj na všechno... To určitě... Já jsem byla rozmazlená, fracek drzej, jedináček... To všechno... A najednou přišel takovej šok, to mě určitě změnilo. Takovej nevychovanec, jedináček... Jo, moje vnučka, tak ta když zlobila, měla taky pubertu [...] A já jsem si vždycky řekla: „Ježiš, ta zlobí! Teda to mám za to, dceru jsem měla hrozně hodnou a já jsem tak zlobila... To je trest!“* Zde je patrná osobnostní proměna vycházející z životních útrap, v jiných částech rozhovoru bylo patrné, že se Anna více soustředí na to podstatné v životě, že si života cení. I v současnosti je spokojená: „*Finanční problémy nemám, rodinu mám pěknou, já nemám důvod nebejt šťastná. [...] A jsem spokojená. Hlavně já jsem měla prababičku, ta jediná z rodiny umřela normálně, ta umřela ještě před, ne v koncentráku. Bylo jí asi osmdesát, tak umřela, ještě před tím. Velkou rodinu měla, hezkou. A teď já jsem ta prababička.“*

Studie

V dotazníku zaměřeném na hladinu aktuální traumatizace PCL-C Anna získala celkem skóre 27 bodů, průměrné skóre pro první generaci přeživších bylo 33,7 bodů (SD = 12,5). Cut-off skóre pro tento dotazník je 30–35 bodů. Anna ani většina první generace nenaplnily kritéria pro aktuální traumatizaci.

Dotazník PTGI respondentka vyplňovala ve spojitosti s traumatickou událostí „ztráta milované osoby“ (konkrétně manžela), která se udála před 49 lety. Celkové skóre v tomto dotazníku bylo 18 bodů, zatímco průměrné skóre první generace je 55 bodů (SD = 23).

U Anny se neobjevuje ani vysoká hladina traumatizace dle dotazníku PCL-C, ani vysoká míra PTG dle dotazníku PTGI. Stres se jako odpověď na stresor dostavuje vysoký u lidí, kteří jsou zranitelní, naopak nízký je u lidí resilientních, tedy odolných. Tzn., že pokud je vnímaná hladina stresu nízká, buď je stresor malý, nebo je člověk odolný. V obou případech se však nerozvine velký PTG (blíže viz teoretická část této diplomové práce a Westphal, Bonanno, 2007).

Závěr

Život Anny byl pestrý, protkaný životními útrapami, stejně tak jako radostmi. Třemi mezními okamžiky byla v 15 letech deportace do Osvětimi, ve 38 letech úmrtí manžela a ve 39 letech vyhoření bytu. Za svůj život musela Anna začínat dvakrát úplně od začátku. Po návratu z pracovního tábora byla v 16 letech úplně sama – bez rodiny a blízkých, neměla nic. Díky svému vzdálenému příbuznému se dostala do Prahy a mohla dokončit školu, začít pracovat, založit rodinu. Anna se cítila zodpovědná za svůj život („*Snažila jsem se na to zapomenout a zařídit si svůj život.*“). Důležité pro ni vždy bylo, aby s lidmi dobře vycházela, aby ji měli rádi a aby byla užitečná.

Když se v letech 1967 (ovdovění) a 1968 (vyhoření) ocitla opět v nelehké situaci, dokázala vycházet ze svých předchozích zkušeností, z odolnosti (houževnatosti), kterou si vypěstovala i díky získané sebedůvěře. Přesto materiální pohromy nikdy nedosáhly tíže ztráty rodiny či blízkého člověka nebo traumatizujících událostí holocaustu. Celým jejím životem se prolínají období těžká i momenty štěstí. S obtížnými situacemi se Anna vyrovnává díky: snaze se z problému co nejdříve dostat, tedy situaci čelit, vyřešit ji a potom na ni, pokud možno, zapomenout či se jí dále nezabývat, nenaříkat, protože vše mohlo dopadnout ještě hůře.

Důležitou součástí její identity je židovství, i když Anna sama nereflektovala žádnou výraznou změnu ve své víře vlivem traumatických událostí. Židovství je také možné vidět jako určité pojítko s předky, s rodinou, o níž přišla, neboť po druhé světové válce nežila ani v kraji svého dětství, ani nemluvila svým mateřským jazykem. Annin postoj k holocaustu nejlépe vyjadřují její vlastní slova: „*Nemůžu za to. Jsem Židovka, odvezli mě, zabili mi celou rodinu, ale já to přece nezavinila. Tak já teď musím... Zůstala jsem naživu, tak teď si musím svůj život nějak zařídit. Takže jsem takhle začala a dost sobecky jsem to pustila za hlavu.*“

Anna sdílí své zkušenosti i to pozitivní, co si z toho vzala, se svou dcerou, vnoučaty a pravnoučaty. Chce jim předávat životní optimismus, radost ze života i schopnost rozlišovat v životě mezi důležitým a nedůležitým.

V životě Anny je možné rozlišit šťastné náhody kontrastující s chvílemi utrpení. Podařilo se jí projít nejrůznějšími útrapami, přežít je, založit rodinu, která se rozvětvila, a prožít tak spokojený život. Přesto za její zjevnou veselostí figuruje určitý pocit viny – Anna se ujišťuje, že za smrt svých blízkých v nacistických táborech nemohla – a idealizovaný sebeobraz, v rámci něhož popírá, že by z těch náročných životních situací nesla s sebou nějakou zátěž, že by měla nějaký problém.

Anna je v životě konečně spokojená po všech těch útrapách mládí (od „rozmazleného fracka“ k vážené prababičce). Přestože si s sebou nese trauma bolesti ze ztráty rodiny, rodičovství se sama nebála. Od svých traumat neutíkala, naopak se k nim na více či méně vědomé úrovni vracela a přetvářela je do něčeho růstového (trauma ohně/šoa – oddělení popálenin; trauma smrti – onkologie, pohřební bratrstvo; trauma jazyků z mládí – průvodkyně, ...). Růst se objevuje i v tendenci podobat se své vlastní vážené prababičce a vrátit se tak ob tři generace.

Anna působí optimisticky, spokojeně, přátelsky a otevřeně. Přesto má někde uvnitř zranění, která jí umožnila růst – ať už osobnostně nebo vztahově, profesně či v jiných oblastech. Zranění, která si nicméně s sebou nese a která vyžadují pomoc zvenčí. Anna se již několik let léčí s depresemi a nespavostí. Tedy, i když respondentka působí jako veselá, živá a vnitřně silná dáma, uvnitř se skrývá křehkost a zranitelnost (opuštěná a životem si nejistá patnáctiletá slečna, vdova a matka).

6.2 Případová studie – Lucie

Druhou případovou studií v mé diplomové práci je Lucie, dcera Anny. Lucii jsem oslovila jakožto zástupkyni druhé generace, potomka přeživší holocaustu, protože se v této práci mimo jiné věnuji mezigeneračnímu přenosu traumatu a PTG.

Lucie se z časových důvodů nezapojila do celé studie „*Neurological Markers of Stress/Resilience*“, ale byla ochotná se se mnou sejít k rozhovoru a k dotazníkům, které v této práci používám – PTGI a PCL-C.

Kontakt na respondentku jsem získala opět přes sociální pracovníci z Pražské židovské obce. Rozhovor byl polostrukturovaný, otázky jsem si připravila na základě předchozího rozhovoru s Annou, neměla jsem totiž tentokrát k dispozici předem vyplněné dotazníky. Dále jsem se inspirovala otázkami z rozhovorů s účastníky studie z 2. generace a otázkami

o životní spokojenosti, úspěšnosti a identitě, jež jsou také součástí studie. Toto interview proběhlo v první polovině dubna 2018, tedy s půlročním odstupem od rozhovoru s Luciinou matkou.

Na samý úvod setkání byl s Lucií podepsán informovaný souhlas, v němž jsme se domluvily na zachování anonymity respondentky a Luciině možnosti neodpovědět na kteroukoli otázku či kdykoliv ukončit interview. Byl také podepsán souhlas se zvukovým nahráváním celého rozhovoru. Následně jsem s Lucií vyplnila dotazník k posttraumatickému růstu PTGI a k posttraumatickému stresu PCL-C. Interview s Lucií trvalo hodinu a půl a odehrálo se na jejím pracovišti v centru Prahy. Jména v kazuistice jsou změněna.

Lucie

rok narození: 1953 (věk 65 let)

místo narození: Praha

současné bydliště: Praha, Česká republika

2. generace přeživších

Průběh interview

Lucie byla velmi ochotná se k rozhovoru sejít. Je to pečlivě upravená a aktivní dáma menší postavy, která působí rozhodně a systematicky. Rozhovor s ní byl plný superlativů a objevovala se velká dynamika hlasu a intonace, živá gestika a mimika. Během interview byla Lucie spontánní, v dobré náladě (několikrát se smála), vstřícná a přátelská, zpočátku stručná, ale následně hovorná a otevřená.

Dětství

Lucie se narodila roku 1953 do smíšeného manželství – její matka Anna byla Židovka, otec Jan pocházel z katolické rodiny.

Anna se narodila do dobře situované rodiny na jižním Slovensku. Ve svých 15 letech byla deportovaná do nacistického koncentračního tábora Osvětim, kde byla o rok později osvobozena Rudou armádou. Během druhé světové války přišla téměř o všechny příbuzné, přežil jen její vzdálený bratranec, který jí pomohl začít nový život v Praze. Zde vystudovala střední zdravotnickou školu a stala se sestřičkou v nemocnici – nejdříve působila na oddělení popálenin, později přešla na onkologické oddělení. V důchodovém věku pracovala jako průvodkyně pro maďarské a německé turisty, neboť maďarština byla její rodným jazykem

(nicméně se naučila česky zcela plyně). Lucie svou matku představuje jako praktickou ženu, jež vedla celou domácnost a která byla přísná, ale milující.

Luciin otec Jan pocházel z Prahy, kde se také s Annou seznámil. Pracoval jako překladatel technických textů v ústavu – překládal z angličtiny a němčiny. Uměl také latinsky a italsky, učil se maďarsky, neboť to byl rodný jazyk jeho manželky, a švédsky, jelikož měl ve Švédsku kamaráda. Ústav vnímal jako „zašívárnu“ před komunistickým režimem, měl tam přátele. Lucie ho uvádí jako vzdělaného intelektuála, který byl náročný sám na sebe i na druhé. Tento přístup si Lucie internalizovala a je na sebe také náročná, má sklony k perfekcionismu. Otec byl pro ni velkým vzorem. Jan zemřel na rakovinu ledvin v roce 1967, Lucii bylo v té době 15 let.

Anna měla po válce zdravotní problémy a musela se léčit ve Františkových Lázních. Lucie se tak narodila jako „vymodlené“ (a jediné) dítě, které si její rodiče usilovně přáli a následně se mu zcela věnovali. Obdobně i prarodiče z otcovy strany se Lucii věnovali na sto procent, konečně byla v rodině holčička, v níž se babička mající dva syny, viděla. Lucie popisuje, že jako dítě byla obdivovaná, milovaná až zbožňovaná. Jako malou ji často hlídali prarodiče, neboť její matka měla služby v nemocnici.

Když byl Lucii jeden rok, měla velmi vážný úraz. Matka ji nechala v péči dalších dětí a nějakým nedopatřením se na malou Lucii vylila vařící voda. Malá dívka měla popáleniny na více než jedné třetině těla a byla následně hospitalizovaná na stejném oddělení, kde pracovala její matka. Protože si však spojovala poúrazovou bolest s bílými pláště nemocničního personálu, nedovolila matce ji krmit, do nemocnice tedy musel docházet její otec. I když si Lucie bolest jako takovou již nepamatuje, nese si tento zážitek v sobě jako jedno z největších životních traumat, které s matkou nikdy neotevřely, nikdy o něm nemluvily. Je rovněž zajímavé, že Anna se o této události ve svém rozhovoru vůbec nezmínila.

Dorůstání a studia

Lucie vyrůstala v rodině, kde se jí všichni intenzivně věnovali. S rodiči měla dobrý vztah. Lucie uvedla, že její matka svého manžela velmi obdivovala a velmi si ho vážila, rovněž mu byla vděčná za to, že má, navzdory všem útrapám, rodinu. Luciiny rodiče se nikdy nehádali.

Když bylo Lucii deset let, otec šel na první operaci rakoviny ledvin. *„A máma žila několik let v hrozném napětí, protože než on zemřel, tak čtyři, pět let před tím už byl na operaci. A už v té době bylo jasné, že to je onkologickéj nález, odebrali mu ledvinu, a máma*

trnula kdy to... Takže to muselo bejt určitě hrozně náročný, ale já jsem o tom nevěděla. Já jsem byla malá... “

Otec Lucii zemřel, když jí bylo necelých patnáct let. Tento okamžik byl pro Lucii velmi náročný a stresující. „[...] ten vztah k tomu otci se tak strašně měnil. Já jsem si až v mnohem starším věku uvědomila, že vlastně jsem ho činila zodpovědným za to... Ted' to bude znít divně, za to, že umřel a že mě tady nechal... Dlouho jsem si uvědomovala, že jsem to považovala za zradu. Pro mě bylo hrozně těžký... Ten otec pro vás znamená nějakou autoritu a všechno zvládne a já ho viděla umírat a proměňovat se v nemohoucího člověka... [...] Ten, o kom si myslíte, že vás vždycky ochrání, a pak ho vidíte, jak se proměňuje. Ta bezmoc!“ Nejen pro Lucii byla tato událost náročná, i Anna se potom potýkala s psychickými problémy, neboť její manžel jí poskytoval citovou podporu, péči a stabilitu.

Se změnou rodinného uspořádání se musela Lucie stát dospělejší, umět se postarat sama o sebe. Rodina v té době nebyla nijak bohatá, Lucie to označuje, že „nebyla finančně rozmazlená“, podporovali je však prarodiče.

Anna s Lucií bydlely v té době blízko budovy Českého rozhlasu na Vinohradské třídě a na začátku sovětské okupace jim před domem vybouchl vůz s municí a přišly o celý byt, o všechno. „A moje matka seděla a háčkovala mi, já jsem měla jít do tanečních, háčkovala mi nějakou kabelku. A já jsem jí říkala: „Prosim tě, mami, vždyť já nic nemám, na co tady děláš nějakou pitomou kabelku?“ A máma tam seděla a háčkovala a říkala: „Ale co, já už jsem přišla v životě o všechno. Hlavně, že máme jedna druhou. Všecko se to spraví a zase získá.““ Anně se podařilo situaci ustát a s šestnáctiletou Lucií se přestěhovaly do jiné pražské čtvrtě. Toto neštěstí se stalo jen rok po tom, co zemřel Lucii otec.

V oněch letech se také Lucie začala dozvídat o minulých zkušenostech své matky, která si prošla holocaustem. Lucie oceňuje svoji matku za to, že jí o svých traumatech neříkala příliš brzy a nezatěžovala ji tím tak. Téma holocaustu se začalo objevovat, až když bylo Lucii kolem čtrnácti, patnácti let. Ale na dotaz, zda to nějak souviselo s odchodem otce, Lucie odpověděla, že ne. Respondentka uvádí, že se necítila být sekundárně traumatizovaná, tak jak to viděla u svých přátel, jejichž rodiče se o své děti přehnaně báli, čímž jim ztrpčovali život, nebo jim naopak vyčítali, že si neváží toho, co pro ně udělali.

O zážitcích své matky se dozvěděla spíše nepřímo: „[...] do podrobností jsem si to přečetla až v nějakém životopisu, kterej musela někam psát a ona si nebyla jistá, jestli je to správně česky napsaný [...] Zůstal takovej psanej deník mýho pradědečka, tak to pak máma přeložila do češtiny a já jsem si to přečetla. Taky jak jsem byla okolo židovský obce, tak taky měli nějaký povídání...“

Lucie zmínila, že měla velmi liberální výchovu, čehož si váží. Oceňuje především to, že když zemřel její otec, matka se na ni mohla upnout jako na jediného blízkého člověka, na jediné dítě, ale Anna dokázala nechat své dceři volnost. *„Ale cítila jsem vůči ní (pozn. matce) taky velkou zodpovědnost, to je pravda. Protože když moje kamarádka a ještě pár přátel, když se v tom čtyřiasedmdesátém rozhodli, že odejdou odsud, tak jsem taky chtěla jít, ale ptala jsem se mámy, jestli by taky odešla. A máma řekla, že v žádném případě... Protože ona měla vzdálený příbuzný v Izraeli, takže mohla odejít asi snadno, ale cítila skoro absurdní odpovědnost vůči těm rodičům mého otce, o který se až do posledních minut teda perfektně starala. [...] Ale odejít nechtěla. A já jsem si v té chvíli řekla, že vlastně nemá nikoho jiného než mě.“* Zde je patrný silný pocit zodpovědnosti vůči matce, jenž se spolu s vděčností v rozhovoru objevoval. Lucie, přestože byla dospělá (21 let), neodešla v době normalizace do zahraničí, protože se cítila zodpovědná za svou matku, jež se zase cítila zodpovědná za rodiče svého manžela, kteří jí po válce poskytli rodinu.

Rodinný a pracovní život

Lucie nastoupila na vysokou školu roku 1971 a úspěšně ji absolvovala s červeným diplomem. Stala se novinářkou, což pravděpodobně souvisí s tím, že má ráda výzvy, když se něco děje, nové situace. Lucie pracovala pro různé zpravodajské agentury a její práce zároveň významně ovlivnila i její rodinný život.

Lucie se vdala, ale s prvním manželem se záhy rozešli, když začali řešit možnost mít děti. Rozvod proběhl hladce, dodnes je se svým bývalým manželem v kontaktu, nebylo to pro ni nijak traumatizující. Lucie uvedla, že ji to vůbec nepoznamenalo, ale potom se opravila, že: *„Spíš vlastně svým způsobem poznamenalo, protože jsem se cítila vůči němu, jako že jsem mu ublížila. Dlouho mě to trápilo, protože on mi jako de facto nic neudělal. A velmi snadno a velmi hladce jsme se rozvedli [...] Takže než on se znovu oženil, tak jsem si říkala, že... Prostě mě to tak nějak uklidnilo, jenom tam je takový trauma, protože oni nemají děti.“* Lucii z prvního rozvodu dlouho provázel pocit viny, do určité míry ho cítí dodnes.

Podruhé se vdala (smíšené manželství) a manžel si přivedl do nové rodiny již jednu dceru. Spolu dále měli děti dvě – Kláru a Jiřího. Její manžel byl také zpravodaj. Jejich společná práce jim umožňovala práci sdílet i se o ni dělit, zároveň byla náročná na zahraniční výjezdy a stěhování. Zahraniční mise trvaly obvykle tak tři až čtyři roky. Nejdříve byla Lucie se svým mužem v Afghánistánu, potom jeli i s dětmi do Ruska, kde Lucie pracovala jen na částečný úvazek, aby měla čas na děti, zatímco její manžel byl zaměstnán na plný úvazek. Také je přijela na pár měsíců navštívit Anna a pomoci jim s dětmi. Pomoc matky Lucie velmi

oceňuje a cítí vůči ní vděčnost, neboť díky ní nikdy nepotřebovala najímat nikoho dalšího na hlídání dětí.

Následně jeli všichni do Ameriky, kde Klára s Jiřím vychodili střední školu, nejstarší dcera už tou dobou studovala v Praze na vysoké škole. V USA pracovala Lucie naopak jako hlavní zpravodajka a hledala různá „bohemika“, tedy informace týkající se Česka v Americe. Jednalo se o období, kdy Česká republika vstupovala do NATO a ministryní zahraničních věcí USA byla Albrightová. Luciin muž později začal dělat sportovní zpravodajství. V Americe je Anna navštívila dvakrát a Lucii pomáhala s domácností. Z Ameriky se vrátili dříve, než plánovali, protože Klára silně vnímala, že byla vytržená z okruhu svých přátel a chtěla se vrátit do Čech. Díky tomuto pobytu však mají Klára i Jiří perfektní angličtinu a dodnes z toho profesně žijí. Lucie je rovněž přesvědčená, že jim tato zkušenost rozšířila obzor.

Lucie uvedla, že měla komplikovaný vztah se svojí dcerou Klárou. Lucie byla dosti zaneprázdněná prací, Klára se jí dokonce ptala, jestli má radši je – děti, nebo práci v agentuře. Když byla Klára mladší, byla vůči své matce dosti v opozici, což také možná vycházelo z Luciiny povahy – praktická, systematická, přísnější. V současné době, kdy se i Klára stala dvojnásobnou maminkou, spolu vychází dobře, dokonce se Lucie dozvěděla od dceřiny kamarádky, že si jí Klára velmi váží pro její pracovitost a schopnosti.

Všechny tři Luciiny děti vystudovaly humanitně zaměřené obory na vysoké škole, všechny mají rodinu – Lucie má šest vnoučat. Jiří, Luciin syn, aktuálně přednáší a bádá na zahraniční univerzitě.

U dcery Kláry se v dospělosti objevily deprese, takže docházela na terapii. Deprese se objevují i u Anny, která se poprvé léčila, když jí zemřel manžel a rok na to vyhořel byt, v současnosti užívá antidepresiva, dle Lucie, na vlastní žádost. Klára se na terapii setkala názorem, že má v sobě část holocaustového traumatu, ale Lucie si myslí, že je to spíše dědičné po babičce i po otci Kláry, kteří rovněž mají depresivní sklony. Lucie k tomu sama dodává: *„Nikdy jsem neměla pocit, že bych potřebovala nějakou takovouhle psychickou podporu, ale není to daný tím, že bych měla nějaký předsudky... Jako jsem byla strašně šťastná, že ta dcera se tomu nebránila té psychiatrické a terapeutické pomoci [...] bylo to docela dlouhý a těžký období s tou naší Klárou a myslím si, že jako jsem jí svým způsobem, možná by to tak ani neřekla, pomohla jí z toho vytáhnout. Můj muž byl takovej, že ona, když byla jako špatná, tak on by s ní plakal, ale to není ten způsob, jak tomu člověku pomoci. Musíte prostě tomu člověku říct: „Tak a jdeme si zaplavat!“ nebo „Tak a jdem...!“ Prostě proti vůli trošku toho člověka ho z těch stavů jako dostávat...“* Je patrné, že Lucie je aktivní,

rozhodná, můžeme říci, že i bojovná a emoce raději skrývá, což zmínila během vyplňování dotazníků.

Přestože je Lucie v důchodovém věku, ráda se dále vzdělává, má ráda výzvy. *„To se všichni smějou, ale já jsem sem (pozn. na své současné pracoviště) přešla, já jsem léta dělala v agentuře, ale já jsem sem přešla v důchodovém věku. Teda oni mi hodili lano, oni mi hodili lano a řekli, že mě chtějí. Tak jsem řekla: „No dobře, tak mě tady můžete mít!“ Měla jsem vlastně jedinou podmínku, že jsem chtěla smlouvu na dobu neurčitou... [...] Jenomže já jsem se zase strašnou spoustu věcí naučila. Jako myslím, že je základ, že se člověk nesmí zakonzervovat [...].“*

Respondentka samu sebe popisuje jako méně optimistickou než její matka, po matce je také systematická a, jak sama říká, přísná. Dále uvádí příklady, kdy není se svou prací spokojená, nevěří si, protože by to mohlo být ještě lépe udělané či provedené, touhu po dokonalosti a náročnost má po otci.

Lucie rozumí různým formám a obsahům zpravodajství a má mnoho zkušeností, na současném pracovišti se setkává s mladými lidmi, kteří mají čerstvé pohledy a zkušenosti s technikou, ona jim zase může předávat jiné perspektivy a také vědomí, že věci často nejsou tak prvoplánové, jak by si člověk přál.

Během svého života, jak rodinného, tak pracovního, byla Lucie spokojená a spokojenost ji provází i v přítomnosti. Na otázku, jestli byla v životě úspěšná, odpověděla: *„Někdo by asi řekl, že docela jo. Ale tak já nejsem nikdy sama se sebou spokojená, takže by to mohlo být asi lepší (smích). Ale jo, spoustu lidí by řeklo, že asi jo... Když by se na mě dívali zvenku.“*

Židovství a téma identity

Lucie se narodila do smíšeného manželství – židovsko-křesťanského, takže se obě náboženství v jejím životě prolínala a koexistovala. *„Máma byla z hodně liberální rodiny, takže náboženství jako takový v jejím životě nehrálo takovou roli. Jenom nechtěla, aby ta katolická část rodiny mě ověšovala nějakajma madonkama a takovejhlema věcmi. Pro mě bylo celkem přirozený, že jsme slavili Vánoce a zároveň jsem chodila s mámou na Obec slavit Chanuku a tak dále.“*

Anna měla spíše tendenci nechat rozhodnutí o víře na dceři – po narození bylo uvedeno, že je bez vyznání. Jan původně chtěl, aby se Lucie jmenovala Sára, což matka rovněž nechtěla.

Otec Jan pocházel z katolické rodiny, jeho bratr byl praktikující katolík a někdy měl tendenci o tom s Lucií mluvit. *„Můj otec byl hlavně pak ke konci života, možná s tou nemocí*

to bylo pak spojený, poměrně věřící katolík. Ale to byl jeho vnitřní svět, ale směrem ke mně to nikterak teda neventiloval. A myslím, že i ty prarodiče byli celkem vlažný, co se týče náboženství. Pokud vim a máma to taky zmiňovala, tak jak to bylo, tak moje babička byla asi trošku zaražená, že si můj otec vzal Židovku. Ale spíš z toho hlediska toho lidového antisemitismu, co jako, jestli ty děti tím nebudou nějak poznamenány v životě a tak dále.“

Lucie přesto vždy tíhla k židovství, identifikovala se s tím, možná prostřednictvím obdivu k matce. Chodila na židovskou obec na obědy během vysokoškolských studií a našla si tam mnoho přátel. Během života se musela potýkat s antisemitskými nárazkami, ale nejvíce ji zamrzelo úvodní nepřijetí na židovské obci: „[...] Ale velmi jako absurdně a co se mě dotklo zdaleka nejvíce a dlouho jsem se s tím nemohla srovnat... Totiž mi vždycky někdo říkal: „Jé, vy jste Židovka!“ nebo „Jé, vaše matka je Židovka!“ atd. A to byla jedna stránka věci, ale co mě teda řvalo nejvíce je, že na samotný Obci byli lidi, který začali říkat: „Jak to, že se jmenuješ Nováková? Co to je za židovský jméno?“ A já jsem řekla: „Ale můj otec není Žid.“ „Aha!“ No, takže to se mě děsně dotklo, to mě ranilo mnohem víc, než když měl někdo, řekněme antisemitskou poznámku. [...] A dost dlouho jsem se s tím nemohla srovnat. Že vlastně tady mě takhle budou vylučovat.“

Respondentka uvedla, že ji na židovství fascinuje vzájemnost, pospolitost a pevnost komunity, s níž se setkávala celý život. Dalo by se říci, že její vztah k náboženství má nejen spirituální rovinu, ale také tu pragmatickou. Lucie uvedla: „[...] Já bych se v životě nedostala na vysokou školu, kdybych nebyla Židovka! Já bych se v životě nedostala do té agentury, kdybych nebyla Židovka... V Americe jsem spoustu své práce zpravodajský ulehčila tím, že se ke mně okamžitě hlásili židovští krajané. Jak říká můj muž: „Židovská lobby vždycky zapracuje!“ No, protože to vy asi nebudete tak vnímat, ale v té době, abych se dostala na vysokou školu, tak člověk musel mít nějaký kádrový předpoklad... A to jsem neměla. Ale prostě tam byla jedna taková stalinistka na té škole, která se znala ale s mojí mámou a řekla, že mě musejí vzít, protože přece nemůžou nevzít někoho, jehož matka přežila Osvětim.“ Obdobně měla štěstí a dostala se do zpravodajské agentury, neboť tam byla doporučena židovskou profesorkou z fakulty. Rovněž již během studií na základní škole se ve třídě nejvíce kamarádila s dívkou, která byla také ze smíšeného manželství, což se Lucie dozvěděla až později, původně to byl jakýsi nevědomý pocit sounáležitosti.

Pro židovství typický důraz na rodinu je u Lucie patrný nejen v četných zmínkách o svých potomcích či matce, ale i v tom, že je hrdou matkou a babičkou. Velmi oceňuje, že její, dnes už dospělé, děti jsou si blízké a budou si oporou i v budoucnosti.

Lucie popisuje, že i její děti, zvláště syn Jiří, jsou citlivé vůči antisemitským poznámkám a vtipům. Respondentka se sama sebe ptá: „*Bylo ode mě zodpovědný, že jsem do tohoto světa přivedla děti, který zase jednou bude někdo cejchovat?*“ Po předchozích zkušenostech je ještě dnes židovská identita spojovaná s nejistotou a vázána zkušenostmi, kdy Židé museli či musí čelit „cejchování“, obviňování, antisemitismu a s tím vším se pojí obavami o budoucnost svých dětí, které se nějakým způsobem k židovství hlásí.

Lucie pojmenovává svoji identitu jako česko-židovskou. Zde je zajímavé porovnání s Annou, Luciinou matkou, která svoji identitu označuje jako židovskou. Lucie tedy více vnímá i národní identitu – českou, rozdíl také může vycházet z faktu, že respondentka pochází ze smíšeného manželství, případně to může vycházet z respondentčiných bohatých zkušeností ze zahraničí.

Respondentka je představitelkou druhé generace, potomek přeživších holocaustu. Lucie popřela, že by se u ní vyskytovala sekundární traumatizace skrze výchovu – její matka nebyla příliš protektivní, ani Lucii nevyčítala, že si věcí málo váží atd. Naopak z rozhovoru vyplývá, že Anna se nikdy do hloubky nevyptávala či nezajímala o problémy a potíže své dcery. Lucie si to vysvětluje tím, že je matka tak zatížena svými traumatickými zážitky (holocaust, ztráta manžela), že již nemá kapacitu na další. Z rozhovoru vyplývá, že Lucie se cítí být nevyslechnutá ve svých problémech či nepochopená ze strany své matky. „*A máma jednou řekla, že to je pro ni moc. Ačkoliv je máma zdravotní sestra, člověk by řekl, že když jsem já měla nějaký zdravotní problémy, že to bude pro ni téma, ale ona to nechce slyšet. Jo, bere to na vědomí, ale dál už nic. [...] Já jsem si to vysvětlila pro sebe, protože jinak bych musela říct, že je cynik, ale ona to jednou řekla, že už nechce, že už to neunes. Že už neunes další negativní zprávy.*“

Typicky pro druhou generaci se u Lucie objevuje velká zodpovědnost a starost o matku, přeživší. Lucie také často zmiňuje velkou vděčnost vůči ní. U respondentky se objevuje potřeba pátrat po vlastní minulosti, po zmizelých příbuzných – vydala se na jižní Slovensko, představuje si, jak to tenkrát asi bylo, jaké byly např. vztahy mezi jejími prarodiči atd.

Na dotaz, jak o holocaustu mluví Anna s praprotomky, tedy třetí generací, Lucie odpověděla, že neví, jak do hloubky nebo jak často o tom s nimi Anna mluvila, ale že Klára se hodně ptala a babičku vyzpovíдалa. Lucie do budoucna plánuje být aktivnější na židovské obci.

Traumatizace a dotazník PCL-C

Lucie si v životě prošla několika silně stresujícími momenty, které lze označit za traumatické. Těmi hlavními jsou:

1954 – popáleniny na více než 30 % těla

1967 – smrt otce

1968 – vyhoření bytu a stěhování

Dalšími náročnými situacemi mohly být časté dlouhodobé pracovní pobyty v zahraničí, kdy bylo třeba adaptovat se na nové prostředí a skloubit rodinný život s tím pracovním, náročnost stresujícího povolání, antisemitské nářky atd.

V jednom roce života utrpěla Lucie rozsáhlé popáleniny. *„Já jsem se jako roční dítě opářila. A málem jsem umřela, protože jsem měla třicet procent, přes třicet procent, třetí stupeň popálení. Nějak mě svěřila nějakým dětem a vylila se na mě vařící voda... Teda nikdy jsme o tom nemluvily, ale to mě taky poznamenalo, protože já mám zjizvenou ruku... Ale nikdy jsme to neotevřely... A já si jen říkám, že je přeučtlivělá, jen aby se nenalilo nějaký horký kafe na ty vnoučata. Ale nikdy to neřekla a já si myslím, že jen v duchu si musela celý život nést v sobě tohleto trauma, protože si umím představit, že bych ho taky nesla.“* Jsou zde patrné výčitky vůči matce, která o neštěstí s dcerou nikdy nemluvila, nechává si to uvnitř sebe a pro sebe. I Lucie má zkušenost se situací, kdy jako matka neuhlídala svou dceru: *„Já jako si kladu za vinu, že Klára má tady asi dvou centimetrovou jizvu, protože mi spadla, spadla někde na schodech a rozsekla si čelo. Tak si říkám, že je to moje vina, že jsem jí neuhlídala.“* Lucii doteď provází pocity viny, toto téma se u ní objevuje častěji, také Anna se potýkala s tématem viny u neštěstí holocaustu.

Jako nejtěžší a nejtraumatičtější situaci Lucie označila úmrtí otce, jehož zdravotní stav se zhoršoval po několik let. Jeho role se proměňovala z autority v nemohoucího člověka. Lucie to v dětském věku brala jako zradu, že otec odešel zrovna, když ho potřebovala. Cítila se bezmocná a nemohla zastavit proces umírání. Jen rok po smrti otce vyhořela Anně s Lucií celá domácnost, přišly o všechno a musely se stěhovat, takže Lucie ztratila i materiální zázemí.

Celkové skóre dotazníku PCL-C je 20 bodů, Lucie nenaplnila žádný klastr a posttraumatický stres u ní není přítomen. V posledním měsíci ji neobtěžoval žádný ze symptomů PTSD, jen byla ve střehu a bdělá ve střední míře.

Posttraumatický růst (PTG)

Dotazník PTGI Lucie vztahovala k nejtěžší události – „ztrátě milované osoby“, která se odehrála roku 1967, a uplynulo od ní tedy již 51 let. Ve výběru události se shoduje se svou matkou. Otec/manžel byl klíčovou postavou rodiny, jehož odchod Lucie i Anna velmi těžce nesly. Byl to někdo, kdo jim dával pocit jistoty, k němuž vzhlížely – byl možná až trochu idealizovaný.

Lucie uvedla změnu ve střední míře u položek „dokáži si lépe vážit každého dne“ a „zjistila jsem, že jsem silnější, než jsem si myslela“, dále označila jako změnu ve velmi značné míře u položek „objevují se nové příležitosti, které by jinak nebyly“ a „s druhými lidmi více soucím.“

Během následujícího rozhovoru se ukázaly detailněji konkrétní oblasti PTGI:

Ocenění života. Lucie vidí tuto změnu především v manželství, kde je velmi spokojená. *„Ted' si jako často řeknu, jak ten táta jako odešel, že mám strašně hezký manželství a že si musím vážit každého dne. Jsme spolu, není to tak navždy, jednoho dne tady budeme jeden nebo druhý sám... Prostě to je spíš s věkem. Strašně si užívám ty vnoučata, což myslím, že i mámě dodává neuvěřitelný naplnění.“* Dodává k tomu, že si tyto hodnoty možná dotvořila s věkem. Obdobně jako u Anny je patrný důraz na rodinu, Lucie si užívá roli babičky.

Nové možnosti. Lucie popsala nové možnosti, které by se bez traumatu možná neobjevily: *„Já si myslím, že třeba tou ztrátou toho otce, jsem se hodně postavila na vlastní nohy a že jsem si dovedla najít tu příležitost. Nějak nikdy jsem se nějakých nových, jak se teďka říká moderně, ‚challenge‘ nebála.“* Tedy respondentka se stala vlivem velkého stresu samostatnější, aktivnější, lze říci, že i odvážnější.

Vztahy s druhými. Lucie zmínila velkou změnu u vztahů s druhými lidmi – více s nimi soucítí. Uvedla, že pokud postihne člověka nějaká taková rána, tak si umí lépe představit, jak se asi ostatní cítí v podobné situaci, je empatičtější.

Osobní růst. Vlivem traumatu Lucie zjistila, že je silnější, než si myslela. Po tom, co její otec zemřel, musela být jaksí dospělejší, umět se o sebe postarat a řešit vzniklé situace. Dále v této odpovědi zmiňuje svou touhu po dokonalosti a sklony k perfekcionismu, v čemž ji také ovlivnil otec.

Studie

Lucie v dotazníku PCL-C, mapujícím aktuální traumatizaci, dosáhla skóre 20 bodů, zatímco průměr odpovědí ve druhé generaci přeživších v tomto dotazníku bylo 29,6 bodů

(SD = 9,96). U respondentky se tedy aktuální traumatizace nevyskytuje (cut off skóre = 30–35 bodů).

U Lucie se objevuje i nízká hladina PTG, dotazníku PTGI skórovala 16 bodů, zatímco průměr celé druhé generace je 48 bodů (SD = 24). Respondentka, obdobně jako její matka, skórovaly níže v dotazníku PCL-C a výrazně níže (více než jedna SD) v dotazníku PTGI, je pravděpodobné, že je u nich vysoká hladina *resilience*, takže je stresové a náročné životní situace hluboce nezasáhnou, ale nerozvine se následně u nich ani velký PTG.

Závěr

Lucie byla ochotná se k rozhovoru sejít a během interview byla uvolněná, otevřená a v dobré náladě. Její život byl také pestrý, podobně jako u její matky Anny, a přes všechny životní útrapy respondentka uvedla, že je a byla spokojená i úspěšná.

Lucie měla milující rodiče, kteří se jí společně s prarodiči z otcovy strany maximálně věnovali. Narodila se do smíšeného manželství, kde se potkávala či mísila identita křesťanská s tou židovskou. Lucie tíhla spíše k židovství, má mnoho židovských přátel, svoji identitu označuje jako židovsko-českou, ale sama žije ve smíšeném manželství.

Jako u představitelky druhé generace se u ní objevují některá specifika. Z rozhovoru byl patrný pocit velké zodpovědnosti za matku (jsem její jediný blízký člověk), potřeba pátrat po minulosti a navštěvovat místa spojená s předky (jižní Slovensko), také si ve fantaziích představovat, jak asi spolu žili prarodiče atd., kteří byli zavražděni za holocaustu.

Během interview Lucie reflektovala, že její matka už nemá kapacitu na další problémy a bolesti – buď je přijme jen na racionální rovině, bez emocí, bez hlubší empatie, nebo je bagatelizuje. Lucie se na této rovině cítí ze strany matky neopečovaná. Naopak u matky v rozhovoru oceňovala, že ji traumatem holocaustu nezatěžovala příliš brzy a neupnula se na ni příliš i po smrti manžela/otce, cítí vůči ní vděčnost.

Respondentka má tři děti – jedno nevlastní a dvě vlastní, je hrdou babičkou šesti vnoučat. Povoláním je zpravodajka, v minulých letech žila několikrát s celou rodinou v zahraničí, má mezinárodní rozhled i vyrůstala prostředí, jež lze označit za multikulturní.

Nejtraumatičtějšími momenty jejího života bylo těžké popálení v 1. roce života, ztráta otce v 15 letech a vyhoření bytu a nucené stěhování v 16 letech. Dle dotazníku PCL-C se však u ní neobjevují známky aktuální traumatizace a symptomy PTSD. Jako nejtraumatičtější vnímá úmrtí otce, který byl pro ni idolem a vzorem, zdědila po něm náročnost na sebe i na své okolí a perfekcionismus. Kvůli, nebo díky těmto náročným situacím se u Lucie objevil PTG, i když dle dotazníku nikterak silně. Lze se domnívat, že je Lucie po matce odolná, resilientní

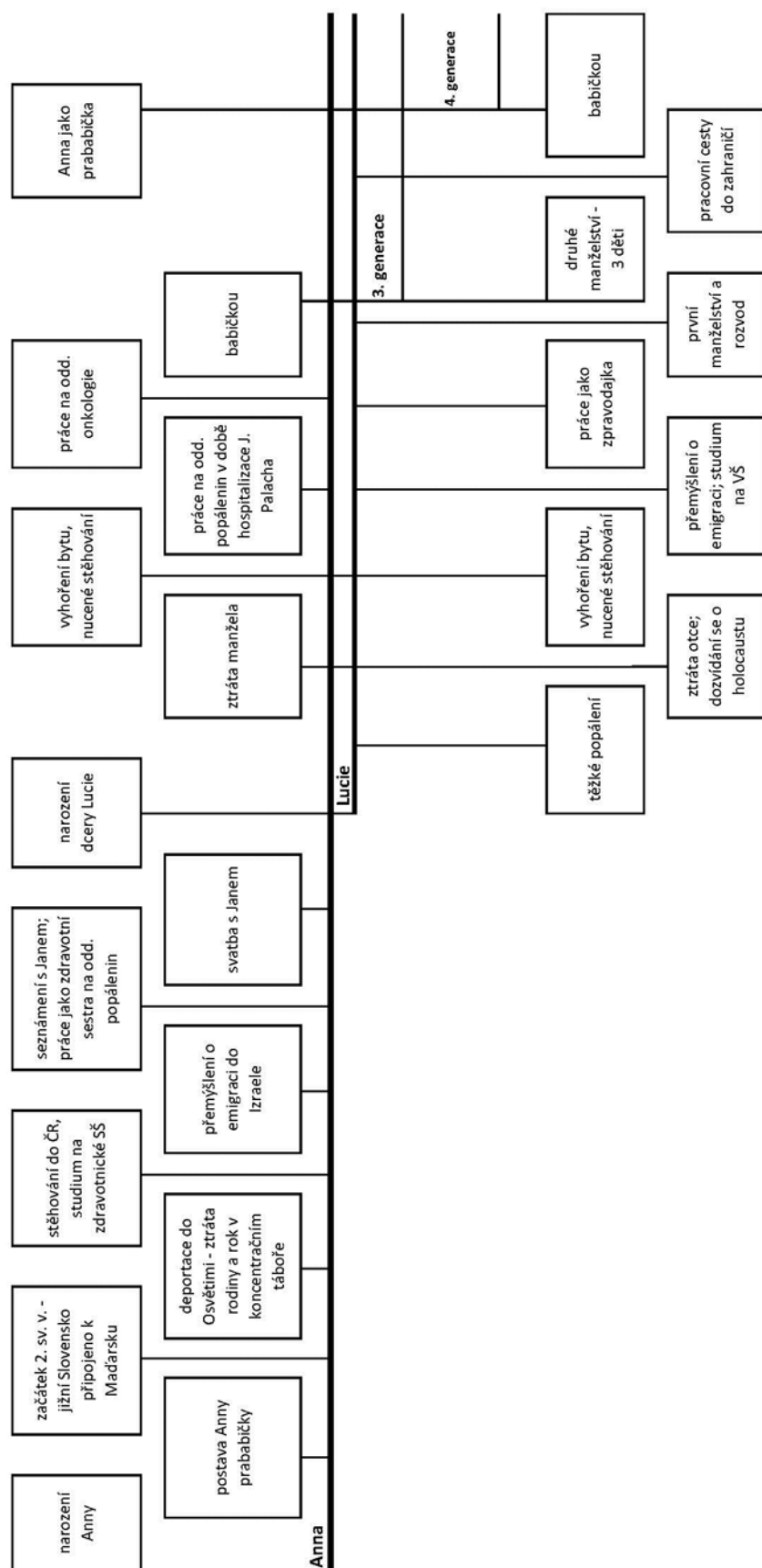
vůči traumatizaci, což ale následně nevede k velkému růstu. PTG se u ní objevil ve čtyřech oblastech, především ale reflektovala, že se po ztrátě otce stala samostatnější, zodpovědnou sama za sebe a schopnou se o sebe postarat a že je empatičtější.

Lucii v životě pomáhala nit židovství, která vede k pospolitosti, éra socialismu ji výrazně nezasáhla, ani po změně režimu však nemá jistotu, že její děti budou v bezpečí. Lucie zachází s traumatem obdobně jako její matka Anna – staví se traumatům čelem, více či méně vědomě se do nich vrací, jakoby je znovu přehrává, získává v nich kontrolu. Např. si nese trauma z rodiny (smrt otce), ale nebála se založit vlastní rodinu, k traumatu vyhoření a stěhování se stavěla tím, že pracovně cestovala po celém světě, na traumatickou zkušenost s lidovým antisemitismem reaguje tím, že pomáhá na židovské obci atd.

Domnívám se, že výsledky dotazníků PCL-C a PTGI odpovídají rozhovoru. Neobjevila se ani aktuální traumatizace, ani velký PTG.

Lucie je milá a aktivní dáma, která se postupně během rozhovoru více a více otevřela. Zdá se však, že není příliš otevřená emocím a vše se snaží spíše racionalizovat. Přestože si sebou nese traumatické zkušenosti, dokázala je alespoň částečně přeměnit v růstové vlastnosti.

Na závěr obou případových studií je možné porovnat a hledat podobnosti na životní ose Anny, Lucie a jejich potomků a praprotomků. Pokud se podíváme na životy obou respondentek, můžeme najít opakující se biografická témata – např. téma smrti (ztráta rodiny za holocaustu, smrt manžela, oddělení onkologie), téma ohně (šoa, oddělení popálenin, opaření dcery, vyhoření, Palach) atd. Přestože měla Lucie po ztrátě otce ještě matku, byla vlastně na mnoho věcí sama. Obě respondentky některá traumata vědomě vytěšňují, ale v jejich životech se objevují tendence růstové. Přes všechny strasti nezanevřely na svět a na život, ač se mohou cítit v mnoha aspektech opuštěné, dokážou samotu přeměnit na samostatnost (PTG).



Obr. 3 Životní osa respondentek kvalitativního výzkumu Anny, Lucie, jejich potomků a prapotomků.

7 Diskuze

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat výskyt fenoménů posttraumatického stresu a posttraumatického růstu u přeživších holocaustu (první generace) a jejich potomků a prapotomků (druhá a třetí generace) v porovnání s kontrolní skupinou, která nebyla traumatu holocaustu vystavena. Na úvod je třeba říci, že data byla získána na nereprezentativním výzkumném vzorku v rámci stále ještě probíhající komplexní studie, jež hledá neurobiologické markery stresu.

Nejdříve byla věnována pozornost posttraumatickému stresu a hladině akutní traumatizace, k čemuž byla získána data prostřednictvím dotazníku PCL-C. Jak bylo popsáno v teoretické části této práce, reakce na prožitou těžkou situaci je ovlivněna mnoha faktory: liší se podle konkrétní prožité traumatické události (Calhoun, Tedeschi, 1999; Praško a kol., 2003), odlišuje se na základě osobnostních dispozic (Mareš, 2012; Tedeschi, Calhoun, 2004), fyzického a psychického zdraví jedince (Vizinová, Preiss, 1999) a některých jeho dalších vlastností. Samotná reakce, odezva na silně stresující zkušenost může nabývat různé intenzity a délky – např. akutní reakce na stres, PTSD, změny osobnosti atd. (MKN-10; Vizinová, Preiss, 1999). Holocaust lze z objektivního hlediska označit za jednu z nejtraumatičtějších zkušeností, jimž mohl být jedinec vystaven. Dlouhodobé, systematické, komplexní a důsledné shromažďování a likvidování určitých skupin obyvatelstva nemá v historii obdoby a jistě v přeživších zanechalo trvalé stopy.

Na základě výsledků dotazníku PCL-C bylo v empirické části zjištěno, že výsledky se mezi experimentální a kontrolní skupinou statisticky významně liší a byla tak prokázána hypotéza, že míra aktuální traumatizace je u experimentální skupiny vyšší. Největší rozdíl v míře traumatizace je u první generace (rozdíl průměrů = 0,61) v porovnání s kontrolní skupinou odpovídající věkem, která si ale v sobě nenese ozvěny holocaustu. Zatímco u druhé generace je rozdíl minimální (rozdíl průměrů = 0,02), ve třetí generaci se rozdíl opět zvětšuje (rozdíl průměrů = 0,35). Zde by mohla vyvstat otázka, proč je u potomků a prapotomků přeživších holocaustu vyšší míra aktuální traumatizace. Možná je z přeživších na další generace přenášena vyšší míra vulnerability k silně stresujícím událostem, možná jsou ozvěny holocaustu stále do jisté míry nezahojenou součástí židovské identity atd. Pro tyto a další hypotézy však v získaných datech nenacházíme vysvětlení.

Samotný dotazník PCL-C mapuje různé symptomy PTSD, které se u respondenta mohly vyskytnout během posledního měsíce, ale nikterak se nezabývá stresorem a není ani specifikován pro trauma holocaustu. Tedy i silně stresující událost (např. holocaust), která se

odehrála před mnoha lety, nemusí u jedince vzbuzovat aktuální symptomy PTSD, které s časem odezněly, ale samotné trauma nezmizelo, případně si je respondent nevybavil během výzkumné situace a v dané terminologii atd. Tento předpoklad by bylo vhodné zkoumat dále kvalitativně.

Po prožití silně stresující události se u jedince může rozvinout posttraumatický růst. Tematika PTG není u přeživších holocaustu a jejich potomků důkladně prozkoumána. V této práci vycházím z konceptu PTG vědců R. G. Tedeschiho a L. G. Calhouna (2004). V jejich pojetí se PTG, tedy nějaká pozitivní osobnostní změna, která následuje po určité době od prožití traumatu, objevuje v pěti oblastech (blíže viz teoretická část této práce). Data o PTG byla získána prostřednictvím dotazníku PTGI, který nejdříve zjišťuje traumatické události, kterým byl respondent vystaven. Většina respondentů první generace (72 %) uvedla jako jednu z nejstresovějších situací svého života válku, holocaust, odchod do transportu atd. Je zajímavé, že ostatní respondenti z první generace neuvedli podobnou souvislost s válkou či holocaustem, možná se však jejich trauma z tohoto období skrylo do odpovědi „ztráta milované osoby“. U druhé a třetí generace byla nejčastěji zmiňovanou odpovědí „ztráta milované osoby“.

Tato práce zkoumá jako jeden ze svých cílů předpoklad, že je u přeživších holocaustu a případně u jejich potomků rozvinut vyšší PTG než u kontrolní skupiny. Tato hypotéza byla formulována na základě obecně přijímaného předpokladu čím vyšší míra traumatizace či distresu, tím vyšší růst (Dekel et al., 2012; Westphal, Bonanno, 2007). Statistickými metodami bylo prokázáno, že se míra PTG u experimentální a kontrolní skupiny statisticky významně liší. Byla tedy potvrzena hypotéza, že se u experimentální skupiny vyskytuje vyšší míra PTG.

Největší rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou se opět ukázal u první generace (rozdíl průměrů = 1,1). Tento fakt můžeme porovnat s předpokladem vědců Calhoun a Tedeschi (1999), kteří zmínili, že u velmi závažných traumat (včetně holocaustu) může jedinec vnímat PTG jako známku neloajality nebo nemorálnosti. Získaná data ukazují, že i u přeživších holocaustu se vyskytuje PTG, dokonce ve větší míře než u kontrolní skupiny. Toto zjištění může být podkladem pro možnou terapeutickou práci s velmi traumatizovanými lidmi. naopak u druhé generace je růst nepatrně vyšší u kontrolní skupiny (rozdíl průměrů = 0,1) a u třetí generace mírně vyšší u experimentální skupiny (rozdíl průměrů = 0,2).

PTG se objevuje v pěti oblastech – vztahy s druhými, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna, ocenění života. Statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou se objevil pouze u dvou oblastí: osobnostní růst a ocenění života. Lze

usuzovat, že u přeživších holocaustu a jejich potomků a prapotomků se PTG nejvíce rozvíjí právě v oblasti ocenění života a osobnostního růstu. U kontrolní skupiny dochází k rozvoji v podobných oblastech, ale v mnohem menší intenzitě.

Dále byla zjišťována míra PTG napříč třemi generacemi. Statisticky významné rozdíly se ukázaly pouze u jedné růstové oblasti – vztahy s druhými. V ostatních oblastech růstu výsledky nedosáhly statistické významnosti.

Data byla také porovnána s cílem zjistit, zda se mezi dotazníky PCL-C a PTGI vyskytuje lineární vztah. Při formulaci této hypotézy bylo opět vycházeno z předpokladu, že vyšší míra traumatizace jedince vede k vyšší míře PTG (viz dříve). Tento vztah se objevil mezi oběma dotazníky jen u první a třetí generace. U druhé generace se lineární vztah objevit nemohl, neboť respondenti dosahovali velmi podobných výsledků jako kontrolní skupina, v dotazníku PTGI měla kontrolní skupina dokonce vyšší průměrné skóre. Je třeba si klást otázku, zda je experimentální skupina dosti reprezentativní (N = 150). Na základě získaných dat však můžeme předpoklad lineárního vztahu mezi mírou traumatizace a mírou růstu (silně vnímané trauma – velká míra růstu a obráceně) potvrdit.

Je třeba poznamenat, že dotazník PTGI vychází z předpokladu, že respondent vnímá trauma jako jakýsi zdroj svého rozvoje v rovině osobnostní, interpersonální atd. Jedinec musí vnímat trauma jako něco, co ho dále obohatilo, někam posunulo, rozvinulo některé možnosti dalším směrem atp., jinak se růst v dotazníku neobjeví ve velké míře. A proto by bylo vhodné fenomén PTG také zkoumat kvalitativně a zabývat se životem jedince, kde se možná růst objevil, ale jedinec ho nevztahuje např. ke zkušenosti holocaustu, nebo si jej neuvědomí v dané formulaci otázek. Můžeme se zamyslet, zda jsou položky dotazníku dostatečně citlivé pro PTG u přeživších holocaustu.

Posledním cílem této diplomové práce bylo hledat a popsat případný mezigenerační dopad traumatu holocaustu či nějaké mezigenerační souvislosti u vybraných respondentů. Domnívám se, že téma posttraumatického stresu a růstu u přeživších holocaustu a dalších generací je natolik komplexní a bohaté, že si zaslouží i detailní pohled na život představitelů první a druhé generace. Jak bylo zmíněno výše, dotazníky obsáhnou jen určitou výseč fenoménu traumatu a PTG u každého respondenta a umožní tak porovnat větší množství jedinců. V této diplomové práci jsou dále uvedeny a interpretovány dvě kazuistiky, které umožňují nahlédnout do hloubky traumatizujících momentů i růstových oblastí, uvádět je do vztahu a případně překročit hranice jedné generace směrem do mezigenerační perspektivy.

První případová studie je věnována ženě, která přežila koncentrační tábor a za druhé světové války ztratila celou širší rodinu. V jejím životě se střídaly chvíle velmi těžké,

traumatizující, s momenty šťastných náhod, nejvíce ji zasáhla předčasná ztráta manžela. Přesto od těchto těžkých vzpomínek neutíkala, ale dokázala tyto zkušenosti proměnit v růstové a vrátit se k nim na jiné rovině (např. profesní poslání). Na první pohled odolná a optimistická žena v sobě skrývá křehkou a zraněnou patnáctiletou dívku, která si prošla Osvětami.

Dcera přeživší, představitelka druhé generace, vyrůstala v prostředí, které bylo do jisté míry ovlivněno dopady holocaustu. I když to určitě není primární charakteristika respondentčina dětství, určitý stín je tam patrný a lze nalézt i některé charakteristiky, kterými je druhá generace obecně popisovaná. Objevují se např. charakteristiky: respondentka jako vymodlené dítě, maximální pozornost rodičů, pocity zodpovědnosti za matku, potřeba pátrat po zmizelých předcích atd. I tato respondentka musela v životě čelit těžkým a stresujícím událostem, ale objevily se u ní i šťastné náhody. Největší trauma – ztrátu otce – dokázala překlomit do růstové roviny a jakoby rychleji dospěla, osamostatnila se.

Ani jedna z respondentek případových studií neměla typické průměrné skóre v dotaznících PCL-C a PTGI, naopak, obě měly shodně velmi nízké hodnoty. Lze uvažovat, že pro ně traumata nejsou spojena s oblastmi, které jsou vědecky vnímány jako růstové. Případně že jsou obě odolné (resilientní) vůči traumatickým situacím, které je následně tolik nezasáhnou a neumožní velký rozvoj PTG, nebo že v reakci na trauma se může objevit široká škála scénářů a odpovědí.

Získaná data mají i mnoho limitů. Např. byla získána jen na omezeném a nereprezentativním vzorku ($N = 150$), není možné porovnat data s dalšími proměnnými, které souvisí s fenomény traumatu a růstu – osobnostní charakteristiky, kognitivní vlastnosti, fyzické a psychické zdraví, dosažený stupeň vzdělání atd., neboť k nim nebyla sesbírána data. Některá data byla sesbírána neúplně – např. doba, která uplynula od traumatu, hlavní traumatická událost, k níž byl vztahován růst atd. Je otázkou, zdali dotazníky PTGI neměly být směřovány u přeživších na konkrétní trauma holocaustu, kterým se zabývá tato diplomová práce, spíše než na libovolné životní trauma. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že respondentům občas činilo potíže pochopení zadání dotazníku PTGI, kdy jsme se ptali na změnu před traumatem a po něm, ne na celkové životní tendence atd. Přes všechny tyto nedostatky se, myslím si, podařilo sesbírat data, která jsou v českém prostředí ojedinělá svým rozsahem a která umožňují, v rámci stále ještě probíhající studie zaměřené na neurobiologické markery stresu, srovnání se zahraničními výzkumy na toto téma.

Závěr

Tato diplomová práce se pokusila zmapovat dlouhodobé dopady holocaustu na generaci přeživších i na generace následující, tzn. potomků a prapotomků. Pozornost byla věnována dopadům jak traumatizujícím (posttraumatický stres), tak takovým, které lze spojit s nějakou pozitivní změnou v životech respondentů (posttraumatický růst).

Empirická data byla získána prostřednictvím dvou dotazníků – Dotazník posttraumatického stresu v civilní verzi (PCL-C) a Dotazník posttraumatického růstu (PTGI) – a dále metodou polostrukturovaného rozhovoru se dvěma vybranými respondentkami. Následně byla data zpracována statistickými metodami, které vedly k následujícím výsledkům.

Ukázalo se, že první generace i její potomci vykazují vyšší míru traumatizace než kontrolní skupina, která si neprošla holocaustem. Největší rozdíl byl pozorován u respondentů první generace, jak lze předpokládat u přeživších tak hlubokého traumatu, v porovnání s kontrolní skupinou.

Dále byla u experimentální skupiny zjištěna vyšší hladina posttraumatického růstu, který se u respondentů objevil nejvíce v oblasti „osobnostní růst“ a „ocenění života“. Největší růst se v kontrastu ke kontrolní skupině objevil u první generace. Lze tedy konstatovat, že i tak závažné, komplexní a hluboké trauma jako holocaust, může být následně jedinci uchopeno a přeměněno do pozitivní změny. Statisticky významný rozdíl v odpovědích se napříč třemi generacemi objevil pouze v jedné oblasti posttraumatického růstu „vztahy s druhými“.

Shodně s výzkumy, které se zabývají obdobnou problematikou, byla potvrzena závislost mezi mírou traumatizace a mezi následným posttraumatickým růstem. To znamená, že velké trauma vede k většímu růstu a naopak.

Na základě kvalitativní části této práce lze konstatovat, že trauma holocaustu má mezigenerační dopad i na potomky přeživších, tedy druhou generaci. Obě respondentky však dokázaly své traumatizující zkušenosti, které je v životě potkaly, proměnit v růstové, např. proto, že se takovým tématům nevyhýbaly, ale naopak je přeměnily ve své profesní poslání, rodinu atd.

Na základě výše uvedených výsledků můžeme říci, že tato diplomová práce naplnila jak svůj hlavní cíl, tak další dílčí cíle, které si kladla. Díky tomu může pomoci rozšířit zájem o tuto oblast, přispět k mapování komplexních a úzce souvisejících fenoménů posttraumatického stresu a růstu, uchovat svědectví přeživší holocaustu a její dcery.

V neposlední řadě může tato práce posloužit jako výchozí bod k dalšímu zkoumání na tomto poli, neboť spojuje téma komplexní a hluboké traumatizace vlivem holocaustu s následným růstem u přeživších a jejich potomků.

Seznam literatury

Aarons, V. & Berger, A., L. (2017). *Third-generation Holocaust representation: trauma, history, and memory*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press. Cultural expressions of World War II. ISBN 978-0-8101-3411-9.

Anderson, K. A., Fields, N. L., & Dobb, L. A. (2013). Caregiving and Early Life Trauma: Exploring the Experiences of Family Caregivers to Aging Holocaust Survivors. *Family Relations*, 62(2), 366-377. doi:10.1111/fare.12000

Anonymous. (2011a). *Konečné řešení židovské otázky v Evropě. Epilog*. [Website]. [Citováno: 18. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/konecne-reseni-zidovske-otazky/konecne-reseni-zidovske-otazky-v-evrope/epilog/>

Anonymous. (2011b). *Konečné řešení židovské otázky v Evropě. Židé v českých zemích a „konečné řešení židovské otázky“*. [Website]. [Citováno: 18. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/konecne-reseni-zidovske-otazky/zide-v-ceskych-zemich-a-konecne-reseni-zidovske-otazky/>

Anonymous. (2011c). *Holocaust v evropských zemích. Holocaust v Maďarsku*. [Website]. [Citováno: 18. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/holocaust-v-evropskych-zemich/holocaust-v-madarsku/>

Anonymous. (2012). *Chronologie dějin holocaustu*. [Website]. [Citováno: 18. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/chronologie-dejin-holocaustu/>

Anonymous. (2015). *Antisemitismus*. [Website]. [Citováno: 18. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/antisemitismus-2/>

Bar-On, D. (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience : an attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. *International Journal Of Behavioral Development*, (2), 315.

Barel, E., Van IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide. *Psychological Bulletin*, 136(5), 677-698. doi:10.1037/a0020339

Barton, S., Boals, A., & Knowles, L. (2013). Thinking About Trauma: The Unique Contributions of Event Centrality and Posttraumatic Cognitions in Predicting PTSD and Posttraumatic Growth. *Journal Of Traumatic Stress*, 26(6), 718-726. doi:10.1002/jts.21863

Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22, 187-198. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007

Bowers, M. E., & Yehuda, R. (2016). Intergenerational Transmission of Stress in Humans. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 232-244.

Braga, L. L., Mello, M. F., & Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry*, 12, 134. doi:10.1186/1471-244X-12-134

Calhoun, L. G., Cann, A. & Tedeschi, R. G. (2010) The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations, in Weiss, T. & Berger, R. *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA, 1-14. doi: 10.1002/9781118270028.ch1

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). *The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. Psychological Inquiry*. 2004, 15(1), 93-102

Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M., & Borkovec, T. (2012). The PTSD Checklist-Civilian Version: Reliability, Validity, and Factor Structure in a Nonclinical Sample. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(6), 699-713. doi:10.1002/jclp.21845

Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal Of Traumatic Stress*, 21(5), 455-462. doi:10.1002/jts.20357

Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 4–101.

Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is There Intergenerational Transmission of Trauma? The Case of Combat Veterans' Children. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 78(3), 281-289.

Dekel, S., Mandl, C., & Solomon, Z. (2013). Is the Holocaust Implicated in Posttraumatic Growth in Second-Generation Holocaust Survivors? A Prospective Study. *Journal Of Traumatic Stress*, 26(4), 530-533. doi:10.1002/jts.21836

Dekel, S., Solomon, Z., Horesh, D., & Ein-Dor, T. (2014). Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: Joined or independent sequelae of trauma? *Journal Of Psychiatric Research*, 5464-69. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.003

Dekel, S., Solomon, Z., & Rozenstreich, E. (2013). Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors? *Journal Of Psychiatric Research*, 47266-271. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.10.013

Eitinger, L. (1980). The Concentration Camp Syndrome and Its Late Sequelae. in Dimsdale, J. E. *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*. Washington: Hemisphere Pub., 127-162. ISBN 0891161457.

Epsteinová, H. (1994). *Děti holocaustu*. Volvox Globator, Praha.

Esping, A. (2010). Autoethnography and Existentialism: The Conceptual Contributions of Viktor Frankl. *Journal Of Phenomenological Psychology*, 41(2), 201-215. doi:10.1163/156916210X532126

Fossion, P., Leys, C., Kempenaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2014). Psychological and Socio-Demographic Data Contributing to the Resilience of Holocaust Survivors. *Journal Of Psychology*, 148(6), 641-657.

Fossion, P., Rejas, M., Servais, L., Pelc, I., & Hirsch, S. (2003). Family Approach with Grandchildren of Holocaust Survivors. *American Journal Of Psychotherapy*, 57(4), 519-527.

Fossion, P., Verbanck, P., Leys, C., Vandeleur, C., Kempenaers, C., Braun, S., & Linkowski, P. (2015). Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression. *Journal Of Affective Disorders*, 17148-53. doi:10.1016/j.jad.2014.08.054

Frankl, V. E. (1996). ...*A přesto řící životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor.* Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří.

Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu.* Cesta, Brno.

Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma Exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no. 4, p. 291-299.

Giladi, L., & Bell, T. S. (2013). Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 5(4), 384-391. doi:10.1037/a0028455

Gradwohl, P. N. (2014). *Granddaughters of the holocaust: never forgetting what they didn't experience.* Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-x

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-.

Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0200-4.

Hunt, N. C. (2010). *Memory, War, And Trauma.* Cambridge, UK: Cambridge University Press. ISBN 9780511845017.

Chelouche, T. (2014). Leo Eitinguer MD: tribute to a Holocaust survivor, humane physician and friend of mankind. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 16(4), 208-211.

Isserman, N., Hollander-Goldfein, B. & Horwitz, S. N. (2017) Challenges for aging Holocaust survivors and their children: The impact of early trauma on aging, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 29:2-3, 105-129, DOI: 10.1080/15528030.2016.1193094

Juni, S. (2016). Survivor guilt: A critical review from the lens of the Holocaust. *International Review Of Victimology*, 22(3), 321-337. doi:10.1177/0269758016637480

Kaitz, M., Levy, M., Ebstein, R., Faraone, S. V., & Mankuta, D. (2009). The intergenerational effects of trauma from terror: A real possibility. *Infant Mental Health Journal*, 30(2), 158-179.

Kellermann, N. P. F. (2011). Geerbtes Trauma – Die Konzeptualisierung der transgenerationalen Weitergabe von Traumata. *Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte*, 39. Goettingen: Wallstein Verlag, 137-160.

Kenez, P. (2013). *The Coming of the Holocaust: From Antisemitism to Genocide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kirmayer, J. L. (2007). *Understanding Trauma Integrating Biological, Clinical, And Cultural Perspectives*. Cambridge. UK: Cambridge University Press. ISBN 9780511267345.

Klengel, T., Ressler, K. J., & Dias, B. G. (2016). Models of Intergenerational and Transgenerational Transmission of Risk for Psychopathology in Mice. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 219-231.

Klímová, H. & Roubalová Kostlánová, V. (2011). Transgenerační přenos traumatu a možnost uzdravování – zkušenost se skupinovou terapií pro potomky obětí holocaustu. *Psychosom*, 9(1), 8-34.

Klímová, H. a kol. (2008). Vliv holocaustu na „ukrývané děti“ a na druhou generaci. *Trauma, řád, identita: výbor z textů ze seminářů "Prix Irene" 2006-2007 a příspěvky členů Rafael Institutu = Trauma, order, identity : anthology of the "Prix Irene" 2006-2007 seminars and texts by the Rafael Institute members*. Praha: Rafael Institut ve spolupráci s nakl. GplusG. 76-85.

Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Portál, Praha.

Lanius, A. R., Vermetten, E. & Pain, C. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease The Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 9780511777042.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. [electronic resource]: New York: Springer, c1999.

Letzter-Pouw, S. E., Shrira, A., Ben-Ezra, M., & Palgi, Y. (2014). Trauma Transmission Through Perceived Parental Burden Among Holocaust Survivors' Offspring and Grandchildren. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*, (4), 420. doi:10.1037/a0033741

Lichtman, H. (1984). Parental communication of Holocaust experiences and personality characteristics among second-generation survivors. *Journal Of Clinical Psychology*, (4), 914.

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 5(1), 50-55. doi:10.1037/a0022030

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal Of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.

Lurie-Beck, J. K., Liossis, P., & Gow, K. (2008). Relationships between psychopathological and demographic variables and posttraumatic growth among Holocaust survivors. *Traumatology*, 14(3), 28-39. doi:10.1177/1534765608320338

Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

Matyášová, J. (2012). *Leo Eitinger*. [Website]. [Citováno: 26. 2. 2018]. Retrieved from: <https://www.holocaust.cz/dejiny/osobnosti/leo-eitinger/>

Mazor, A., Gampel, Y., Enright, R. D., & Orenstein, R. (1990). Holocaust Survivors: Coping with Post-Traumatic Memories in Childhood and 40 Years Later. *Journal Of Traumatic Stress*, 3(1), 1-14.

Mezinárodní klasifikace nemocí. MKN-10. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

National Center for PTSD: *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from: www.ptsd.va.gov

Nkyi, A. K. (2015). Posttraumatic stress disorder in children and adolescence. *Indian Journal Of Health & Wellbeing*, 6(10), 1028-1032.

Nürnberg, S. (2010). Transgeneračný prenos traumy holokaustu na druhú a tretiu generáciu. *Trauma, historie, svědomí: výbor z textů ze seminářů Prix Irene 2008-2009 a příspěvky členů Rafael Institutu*. V Praze: Výbor pro Prix Irene, 122-128.

Perlstein, P., & Motta, R. W. (2013). An investigation of potential Holocaust-related secondary trauma in the third generation. *Traumatology*, 19(2), 95-106. doi:10.1177/1534765612449659

Petrie, J. (2000). The secular word HOLOCAUST: scholarly myths, history, and 20th century meanings. *Journal Of Genocide Research*, 2(1), 31-63. doi:10.1080/146235200112409

Praško, J. (2003) *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-811-2.

Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (1): 12-18. <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/01.pdf>

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., ed. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

Rachman, S. (2004). *Anxiety (2nd ed.)*. New York: Taylor.

Resick, P. A. (2001). *Stress And Trauma*. Philadelphia, Pa.: Psychology Press.

- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric Properties of the PTSD Checklist – Civilian Version. *Journal Of Traumatic Stress*, 16(5), 495.
- Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attachment & Human Development* 10, no. 2: 105-121.
- Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M. H., Grossmann, K. E., Joels, T., Grossmann, K., Scharf, M., & Alkalay, S. (2003). Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *The American Journal Of Psychiatry*, 160(6), 1086-1092.
- Samuelson, K. W., Bartel, A., Valadez, R., & Jordan, J. T. (2016). PTSD Symptoms and Perception of Cognitive Problems: The Roles of Posttraumatic Cognitions and Trauma Coping Self-Efficacy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*. <http://doi.org/10.1037/tra0000210>
- Sigal, J. J. & Weinfeld, M (1989). *Trauma and rebirth: intergenerational effects of the Holocaust*. New York: Praeger. ISBN 0-275-92906-x.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A Revision Integrating Existential and Spiritual Change. *Journal Of Traumatic Stress*, 30(1), 11. doi:10.1002/jts.22155
- Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-856-2.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 4(4):400-410. doi: 10.1037/a0024204
- Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are Children of Holocaust Survivors Less Well-Adapted? A Meta-Analytic Investigation of Secondary Traumatization. *Journal Of Traumatic Stress*, 16(5), 459-469. doi:10.1023/A:1025706427300
- Van IJzendoorn, M. H., Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2013). Aftermath of Genocide: Holocaust Survivors' Dissociation Moderates Offspring Level of Cortisol. *Journal Of Loss & Trauma*, 18(1), 64-80.
- Veselá, I. (2008). *Krize a posttraumatický růst: možnosti a metafory krize* (Rigorózní práce). Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/67429>

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-284-x.

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 417-427. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x

Wilkins, K., Lang, A., & Norman, S. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression And Anxiety*, 28(7), 596-606. doi:10.1002/da.20837

Wiseman, H., Barber, J. P., Raz, A., Yam, I., Foltz, C., & Livne-Snir, S. (2002). Parental communication of Holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of Holocaust survivors. *International Journal Of Behavioral Development*, (4), 371.

Wiseman, H., & Barber, J. P. (2008). *Echoes of The Trauma: Relational Themes and Emotions in Children of Holocaust Survivors*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511500053

Wusik, M. F., Smith, A. J., Jones, R. T., & Hughes, M. (2015). Dynamics among Posttraumatic Stress Symptoms, Forgiveness for the Perpetrator, and Posttraumatic Growth Following Collective Trauma. *Journal Of Community Psychology*, 43(4), 389-394. <http://doi.org/10.1002/jcop.21686>

Ying, L., Lin, C., Wu, X., Chen, C., Greenberger, E., & An, Y. (n.d). Trauma Severity and Control Beliefs as Predictors of Posttraumatic Growth among Adolescent Survivors of the Wenchuan Earthquake. *Psychological Trauma-Theory Research Practice And Policy*, 6(2), 192-198.

Zerach, G., & Solomon, Z. (2016). Low levels of posttraumatic stress symptoms and psychiatric symptomatology among third-generation Holocaust survivors whose fathers were war veterans. *Journal Of Psychiatric Research*, 73, 25-33. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.11.014

Zohar, A. H., Giladi, L., & Givati, T. (2007). Holocaust exposure and disordered eating: a study of multi-generational transmission. *European Eating Disorders Review: The Journal Of The Eating Disorders Association*, 15(1), 50-57.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – přepis rozhovoru s Annou

Příloha č. 2 – přepis rozhovoru s Lucií

Příloha č. 3 – výstupy ze statistického zpracování dat v programu SPSS